



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 506 - F. (51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-200
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F. (51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP 91040-000
HOSPITAL FÊMINA S.A. - CNPJ 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiro, 17 - F. (51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP 90430-001

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Conselho de Administração

Adriano Massuda (presidente)
Carlos Eduardo Nery Paes (superintendente)
Arlindo Nelson Ritter
Ana Lúcia Ribeiro da Silva (MPOG)
Alzira de Oliveira Jorge
Juliana da Silva Pinto Carneiro

Conselho Fiscal

Paulo Ricardo de Souza Cardoso - STN
Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Arionaldo Bomfim Rosendo

Diretoria

Carlos Eduardo Nery Paes (Diretor-Superintendente)
Gilberto Barichello (Diretor Administrativo e Financeiro)
Neio Lúcio Fraga Pereira (Diretor Técnico)

Gerentes do Hospital Conceição

Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC
Lisiane Boer Possa

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Administração
Claudiomiro Ambrosio

Pacientes externos
Robinson Menezes do Amaral

Unidades de Internação
Paulo Ricardo Bobek

Saúde Comunitária
Claunara Schilling Mendonça

Serviços de Diagnóstico e Tratamento
Gilberto Bandeira Lang

Hospital Cristo Redentor S.A.

Administração
Marco Antonio dos Santos
Unidades de Internação
João albino Potrich

Hospital Fêmima S.A.

Administração
Leandro pires Barcellos
Unidades de Internação
Sérgio Galbinski

Hospital Criança Conceição

Administração
Mauro Rosa de Paula
Unidades de Internação
Lauro Luis Hagemann



Momento & Perspectivas em Saúde

Volume 25 - Número 1 - JANEIRO / JUNHO 2012

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechado com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC - COREME.

A Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde, tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC, estimular a divulgação de pesquisas das áreas médicas e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

Editores

Alberto Salgueiro Molinari

André Galvão

Leo Limberger

Conselho Editorial

Airton Stein

Balduino Tschiedel

Charly F. Camargo

Cristiane Valle Tovo

Edelvis Vieira Rodrigues

Edmundo Lima Zagoury

José Luiz Pedrini

Júlio Baldisserotto

Justo S. Lobato Leivas

Emílio Moriguchi (PUCRS)

Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)

Noé Zamel (Canadá)

George L. Irvin III(USA)

Lauro Hagemann

Marília Gerhardt de Oliveira

Paulo R.S. Silva

Pedro Pimentel Filho

Rafael Moraes

Raul Pruinelli

Romeu Warken

Sérgio Antonio Sirena

Sérgio M. Espinosa

Vera Lúcia Pasini

Maria Inês Schmidt (UFRGS)

Leo Doncatto (ULBRA)

Alberto Bujardon (CUBA)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para "Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde" Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - COREME - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Brasil - Telefone: (51) 3357.2056

SUMÁRIO

EDITORIAL

Alberto Molinari.....	05
-----------------------	----

ARTIGOS ORIGINAIS

Agulhamento seco : abordagem terapêutica na Síndrome Dolorosa Miofascial

Thiago Calcagnotto Farina, Sergio Luis Gomes Ferreira.....	07
--	----

Idoso Frágil : um desafio para a atenção primária em saúde

Liliane Maria Bertolini, Priscila Sartori, Patricia Lichtenfels.....	13
--	----

Manejo de crianças com baixo peso numa Unidade de Saúde

Brenda Wander, Ailton Tetelbom Stein, Aline Gerlach.....	22
--	----

Características epidemiológicas de recém-nascidos com Gastrosquise e Onfalocele internados em uma UTI neonatal

Alana Piccoli, Cátia Rejane S. Soares, Josiele Larger Silveira, Marciane Pesamosca Fiatt.....	31
---	----

Enterocolite Necrosante : estudo comparativo entre casos clínicos e cirúrgicos

Samanta Sarmiento da Silva, Leticia Feldens, Melissa Migotto da Silva, Maria Lúcia Pedrosa Roenik, Rodrigo Feldens, João Carlos Ketzer de Souza, Elinês Oliva Maciel, Paulo Sérgio Gonçalves da Silva.....	37
--	----

Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços oferecidos pela Unidade Jardim Itu do Serviço de Saúde Comunitária

Pablo de Lannoy Stürmer, Thiago Frank, Tiago Barra Vidal, Rodrigo Caprio Leite de Castro, Diogo Luis Scalco, Rudi Roman.....	42
--	----

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Protocolo para manejo de Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Ilóite Scheibel, Markus Bredemeier, Ailton Stein, Aline Vieira e Silva, Camila Rampf Coelho, Geruza Mara Hendges.....	52
---	----

Protocolo para o diagnóstico e tratamento da Neoplasia Epitelial de Ovário

Luísa Franco Soriano, Luciana Silveira Campos, Leo Francisco Limberger, Assis Oberdan Poser, Fabiana M. Faust, Caroline Cristofari.....	62
---	----

RELATO DE CASO

Pseudotumor inflamatório de bexiga: revisão da literatura e Relato de Caso de Degeneração Sarcomatosa

Felipe Hofmann Barbeta, Valdir Glufke.....	73
--	----

MOMENTOS EM MEDICINA

Fernandão José Luiz Pedrini.....	77
-------------------------------------	----

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA DO GHC

.....	78
-------	----

EDITORIAL

Ao começarmos o ano de 2012 apresentamos a primeira edição da Revista do GHC-Momento & Perspectivas com rico material de pesquisa desenvolvido nas áreas de formação médica e multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição. Todos os quatro hospitais e o Serviço de Saúde Comunitária com seus 12 postos de atendimento em saúde estão nesta edição apresentando seus trabalhos.

Nesta edição Farina TC e Ferreira SLG, do Serviço de Medicina Física e reabilitação do Hospital Cristo Redentor, demonstram o uso do agulhamento seco como alternativa terapêutica para Síndrome Miofascial.

O Serviço de Saúde Comunitária do GHC, pela Unidade de Saúde Barão de Bagé apresenta uma pesquisa qualitativa para avaliar riscos na população idosa, bem caracterizado pela população estudada, que vive em área e condições de riscos para quedas bem como na orientação para uso de medicações e outros cuidados que a sociedade, a comunidade e/ou familiares deveriam dispensar para combater a sensação de solidão e abandono que esta população demonstra na pesquisa.

A Unidade de Saúde Divina Providência, também do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, avaliam epidemiologicamente o manejo de crianças de baixo peso na unidade, na constatação da prevalência de anemia nestas crianças, no encaminhamento para outros profissionais de atendimento e também para programas de transferência de renda.

Do Programa de Residência Integrada em Saúde, Piccoli A e cols, apresentam as características epidemiológicas de recém-nascidos com uma das mais graves malformações que são os defeitos congênitos da parede abdominal.

O Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital da Criança Conceição, compara o manejo da enterocolite necrosante, enfermidade grave e prevalente no recém-nascido, de tratamento clínico mas que em condições mais graves poder exigir tratamento cirúrgico. Neste serviço de referência no manejo desta condição, comparou-se os desfechos entre estes dois manejos.

Stumer PL e cols, da Unidade Jardim Itu do Serviço de Saúde Comunitária avaliam a satisfação dos usuários dos serviços oferecidos por esta Unidade. Este talvez seja o instrumento mais poderoso para a crítica e construção de melhorias nos serviços de atendimento em saúde que possam ser usados em instituições como a do Grupo Hospitalar Conceição.

Uma Instituição como o GHC, um grupo hospitalar terciário, que reúne atendimento desde saúde básica na sua rede de saúde comunitária, até de alta complexidade, por reunir no seu corpo funcional profissionais da mais alta formação e com serviços de reconhecida capacidade em nível nacional, rotineiramente formula orientações para o manejo de determinadas condições, sob a forma de protocolo que servem em muito para utilização e guia para o SUS. Neste volume, apresentamos o protocolo para manejo de Lupus Eritematoso Juvenil, produzido pelo serviço de pediatria do Hospital da Criança Conceição e do Serviço de reumatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição e o protocolo para o diagnóstico e tratamento da neoplasia Epitelial de Ovário do serviço de ginecologia do hospital Nossa Senhora da Conceição. Este dois protocolos auxiliam no manejo destas condições para diminuir a variabilidade de condutas nestes casos, e na orientação para que to-

dos os envolvidos neste atendimento utilizem como padrão estas orientações para um melhor desfecho nestes pacientes.

Em relato de caso, Barbeta FH e Glufke V, do serviço de urologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição descrevem um caso de pseudotumor inflamatório de bexiga com evolução para degeneração sarcomatosa, primeiro descrito na literatura, que pela originalidade merece destaque neste editorial.

Em Momentos em Medicina, Jose Luiz Pedrini nos recorda com afeto e muita clareza um dos médicos que mais marcaram a história do GHC. Fernandão. Assim era identificado e até hoje assim é lembrado. Fernandão, como Pedrini o relembra, personificava o apego ao hospital Conceição, seus colegas, alunos e pacientes. Fernandão deixou saudades. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):05-06)

Boa leitura

Alberto Molinari

AGULHAMENTO SECO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL

Needling Dry: Therapeutic Approach In Syndrome Painful Myofascial

Thiago Calcagnotto Farina*, Sergio Luis Gomes Ferreira**

RESUMO

Este estudo tem como objetivo verificar o impacto do Agulhamento Seco (AS) na intensidade da dor em pacientes diagnosticados com Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM). O estudo foi realizado com 20 trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) selecionados e avaliados no Serviço de Medicina física e Reabilitação do Hospital Cristo Redentor (HCR). Utilizou-se a Escala Analógica Visual da Dor (EAV) antes de cada sessão como parâmetro de avaliação. O tratamento consistiu de 10 sessões de Agulhamento Seco, sendo uma aplicação semanal. Esse trabalho verificou uma significativa melhora na dor desses pacientes, confirmando assim vários estudos já publicados na literatura. Conclui-se, portanto, que o Agulhamento Seco pode ser considerada como uma importante opção terapêutica na Síndrome Dolorosa Miofascial (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):07-12)

Descritores: Síndrome Dolorosa Miofascial, Agulhamento Seco, Dor

ABSTRACT

This study aims to determine the impact of the Dry Needling (DN) in pain intensity in patients diagnosed with Myofascial Pain Syndrome (MPS). The study was realized with 20 employees of the Hospital Group Conceição (GHC) selected and evaluated in the Department of Physical Medicine and Rehabilitation of Hospital Cristo Redentor (HCR). We used the Visual Analogic Scale of Pain (VAS) before each session as the parameter. Treatment consisted of 10 sessions of Dry Needling, with one weekly application. This study found a significant improvement in pain in these patients, thus confirming several previous studies in the literature. We conclude, therefore, that the Dry Needling can be considered as an important therapeutic option in Myofascial Pain Syndrome. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):07-12)

Key words: Myofascial Pain Syndrome, Dry Needling, Pain

* Médico Residente do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Cristo Redentor

** Médico Fisiatra Preceptor da Residência de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Cristo Redentor

INTRODUÇÃO

A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) é uma disfunção muscular causada pela presença de Pontos Gatilhos (PGs) no músculo esquelético. Segundo Greve (2007) é uma causa muito comum de dor tratável, porém frequentemente mal avaliada, pouco diagnosticada, e principalmente mal tratada.⁽⁷⁾

A SDM é uma das principais causas de dor osteomuscular em trabalhadores, constituindo cerca de 85% dos quadros atendidos em Centros de Dor.⁽¹¹⁾ O diagnóstico depende exclusivamente da história e do exame físico, pois classicamente os exames séricos e de imagem disponíveis são normais.⁽⁷⁾

O programa de reabilitação física baseia-se na inativação dos PGs, reabilitação muscular, cinesioterapia com relaxamento muscular e orientações posturais, além da remoção dos fatores desencadeantes e perpetuantes da dor.^(14,15,16) Diversos métodos terapêuticos são empregados como forma de tratamento, porém ainda não há consenso na literatura sobre qual a melhor abordagem. O método mais empregado para inativação dos PGs é o seu agulhamento.^(6,7)

Sendo assim, esse estudo tem como principal objetivo investigar a eficácia da técnica de Agulhamento Seco (AS) na inativação de pontos-gatilhosmiofasciais. O AS consiste na inserção de uma agulha nos tecidos acima de cada PG a uma profundidade de cerca de 5 a 10mm, realizando movimentos rápidos introduzindo e retirando a agulha, sem o uso de qualquer substância. Ao inserirmos a agulha no PG explicitamos sucessivas respostas contráteis locais (RCL), produzindo melhora da microcirculação local, relaxamento das bandas musculares tensas e retesadas e alívio da dor.⁽⁸⁾

Este artigo é um estudo longitudinal, prospectivo realizado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Cristo Redentor (HCR) que submeteu 20 pacientes com diagnóstico prévio de Síndrome Dolorosa Miofascial 10 sessões de Agulhamento Seco e avaliou a intensidade da dor por meio da Escala Analógica Visual da Dor (EAV).

Síndrome Dolorosa Miofascial

A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) é definida como uma síndrome dolorosa de tecidos moles, localizada, caracterizada pela presença de um ponto desencadeante ou ponto gatilho (PG) dentro de um músculo que, à palpação, resulta em sensibilidade local intensa e irradiação da dor dentro de regiões características para cada ponto.⁽¹⁾

A prevalência da SDM é bastante elevada na população em geral sendo mais comuns no sexo feminino, principalmente na faixa etária dos 31 a 50 anos de idade e associadas ao estilo de vida sedentário. Os locais de maior incidência dessa síndrome são a região cervical e cintura escapular, e região lombar. A Tabela mostra a prevalência da SDM em diversos Centros o considerável aumento do diagnóstico em Serviços Especializados de Dor.⁽⁹⁾

Tabela 1: Prevalence of trigger points in selected patient populations

Body Region	Research Center	Population	% With Myofascial Pain
General	Medical	172(54)	30
General	Pain Medicine Center	96	93
General Center	Comprehensive Pain	283	85
Craniofacial	Head & Neck Pain Clinic	164	55
Lumbogluteal	Orthopaedic Clinic	97	21

(Fonte: "The Concise Book of Trigger Points", second Edition, Simeon Niel-Asher)

A fisiopatologia da SDM está relacionada à excitação e à sensibilização dos nociceptores musculares (NMs) que são estruturas de fibras amielínicas em forma de terminações nervosas livres que exercem uma função protetora, pois são ativadas por estímulos diretos do tecido muscular quando ocorre algum mecanismo de agressão tecidual como traumas, sobrecarga, fadiga, "overuse" etc... Quando ocorre estimulação dos NMs há liberação de substâncias neurovasoativas (p.ex: K⁺), bradicininas, serotonina e prostaglandinas) produzindo alterações vasculares e estimulação das terminações nervosas. A gênese da SDM é uma sensibilização crônica dos NMs periféricos, edema local persistente, isquemia, crise energética com falência da bomba de Ca⁺⁺ e uma contratura do sarcômero.⁽¹⁰⁾

Segundo Greve os principais fatores desencadeantes e perpetuantes da SDM incluem o desequilíbrio biomecânico (desproporção ou agenesia de membros), alterações posturais, deformidades, sedentarismo, movimentos repetitivos, esforço físico excessivo, carências nutricionais ou alterações metabólicas, fatores psicológicos, infecções crônicas, dentre outros.⁽¹¹⁾

O diagnóstico da SDM depende da história e do exame físico, caracterizado pela presença de bandas musculares tensas palpáveis, nas quais se identificam pontos intensamente dolorosos denominados PGs. A ocorrência de contração muscular visível ou palpável, denominada resposta contrátil local (RCL) ou "twitch response", é desencadeada quando da introdução de uma agulha é sinal característico da SDM.⁽¹⁾

A dificuldade no manejo da SDM decorre na determinação da abrangência do programa de

tratamento de acordo com a complexidade de cada paciente. A avaliação deve levar em conta todos os músculos acometidos e os fatores desencadeantes e perpetuantes do quadro algico. Nos pacientes complexos que apresentem diversos fatores estressores psicossociais e orgânicos associados uma abordagem clínica multidisciplinar e abrangente poderá ser necessária. ⁽¹⁰⁾

Diversas medidas comportamentais e de tratamento são descritas na literatura no manejo da SDM. Os exercícios diminuem a sensibilidade à dor e por isso programas regulares de atividades físicas são fundamentais e constituem a base do tratamento da dor músculo-esquelética crônica, bem como a suspensão do hábito de fumar visto que o tabagismo provoca alterações microcirculatórias que podem agravar a dor. ⁽¹¹⁾

Medicamentos analgésicos e antiinflamatórios são importantes no controle da dor e no auxílio à cinesioterapia. Todavia, o seu uso crônico em casos de SDM não se mostrou eficaz. Os antidepressivos tricíclicos em baixas doses e os inibidores específicos da reabsorção da serotonina e noradrenalina possuem efeitos analgésicos, melhoram o padrão do sono e relaxam os músculos. Mais recentemente, anticonvulsivantes, como a gabapentina, são utilizados no controle da SDM. ⁽¹²⁾

As técnicas de infiltração/agulhamento, ou bloqueio anestésico, mostraram-se efetivas na redução da dor, no ganho de amplitude de movimento (ADM), no aumento da tolerância aos exercícios e na melhora da microcirculação local. ⁽¹⁰⁾ Os riscos do agulhamento de PG incluem sangramentos, aplicação venosa de anestésicos, formação de hematomas locais, infecções cutâneas, lesão de nervos periféricos, pneumotórax, quebra de agulha, síncope vasovagal. ⁽¹²⁾

Técnicas de Inativação de Pontos-gatilho

Na literatura em geral são descritas diversas técnicas para a inativação de pontos-gatilho miofasciais que incluem desde a injeção de soluções salinas, antiinflamatórios esteróides e não esteróides até toxina botulínica do tipo A.

Travell e Simons (1999) descrevem a técnica de infiltração dos pontos-gatilho miofasciais utilizando anestésicos locais (procaína 0,5% ou lidocaína a 1% sem vasoconstritor) com a introdução da agulha no subcutâneo em ângulo reto ao PG, realizando movimentos rápidos introduzindo e retirando a agulha em torno do PG, seguido da injeção de algumas gotas do anestésico a cada resposta contrátil local. ^(3, 13)

Segundo Hong (1994) e Chu (1997) para os resultados serem os melhores, a agulha deve ser repetidamente inserida em várias partes de um PG, com o propósito de evocar uma sucessão de respostas espasmódicas locais. ^(14,15)

Para Lewit (1979) a eficácia do tratamento está relacionada com a intensidade da dor produzida na zona-gatilho, e com a precisão com a qual o local de máxima sensibilidade é localizado pela agulha.

Esse mesmo autor declara que o efeito atenuante da dor, anteriormente atribuído a anestésicos locais, pode na verdade ser decorrente do agulhamento. ⁽⁸⁾

Em uma revisão sistemática, Cummings e White (2001) concluíram que quando se trata a dor miofascial com injeções no PG, a natureza da substância injetada não faz nenhuma diferença para o resultado, e que o agulhamento molhado não é terapeuticamente superior ao agulhamento seco. ⁽¹⁶⁾

Já Baldry (2008) descreve duas técnicas de agulhamento seco (uma superficial e outra profunda). Na técnica superficial a agulha é inserida com uma angulação de cerca de 30° em relação à pele e atinge apenas o plano subcutâneo (5 a 10mm). Já na técnica profunda a agulha é colocada perpendicularmente à pele e atinge planos profundos, invadindo a musculatura e suas fáscias profundas. ⁽⁸⁾

Segundo o mesmo autor, é preferível empregar o agulhamento seco superficial para a maioria dos pacientes porque não só é igualmente eficaz, como também muito mais simples de ser realizado e com menor probabilidade de provocar lesões nos tecidos reservando o agulhamento seco profundo para o pequeno número de pacientes nos quais os pontos-gatilhos são secundários ao desenvolvimento de uma radiculopatia. ⁽⁸⁾

No Ambulatório do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Cristo Redentor utilizamos a técnica de AS, ou seja, sem o uso de anestésicos ou qualquer outra substância, com abordagem superficial ou profunda dependendo da localização da dor e da tolerância individual do paciente visto que o agulhamento profundo é doloroso e pode causar lesão em nervos, vasos e outras estruturas conforme descrito por Baldry. ⁽⁸⁾

MÉTODOS

Estudo longitudinal, prospectivo realizado no Ambulatório do Serviço de Reabilitação do Hospital Cristo Redentor (HCR) composto de uma amostra de 20 funcionários do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) encaminhados pela Saúde do Trabalho e diagnosticados com SDM através de anamnese e

exame físico, no período de agosto a novembro de 2012.

Os pacientes foram esclarecidos em relação ao diagnóstico e concordaram em submeter-se ao procedimento de Agulhamento Seco. Foram definidos previamente ao estudo a realização de 1 sessão semanal por um período de 10 sessões independentemente do resultado ao final das sessões. Foram utilizados como parâmetros de análise estatística a Escala Analógica Visual de Dor (EAV) e a utilização ou não de analgésicos através de questionário semanal. Não houve nenhuma mudança em relação a outras abordagens terapêuticas caso estivessem sendo realizadas pelos pacientes.

A técnica de agulhamento seco utilizou agulhas de acupuntura nos tamanhos 0,25 x 30 e 0,25 x 40mm em músculos menores e 0,30 x 75mm em músculos profundos. Foram agulhados os músculos levando em consideração os pontos algícos referidos pelos pacientes e o exame físico com a palpação das bandas musculares tensas. Nos seus estudos Travell e Simons mapearam a localização mais comum dos PGs em cada músculo e seus padrões de irradiação podendo auxiliar o médico na realização do AS. ⁽⁸⁾

Durante o tratamento 19 pacientes completaram o curso de 10 sessões de agulhamento seco,

porém houve a desistência de uma paciente que compareceu apenas na primeira sessão abandonando o tratamento. A amostra deste estudo teve uma prevalência do sexo feminino 15 pacientes contra apenas 5 pacientes do sexo masculino. A faixa etária média foi de 45,1 anos.

Para análise estatística dos dados coletados através da EAV de dor foi utilizado o programa SPSS Versão 17 e análise de variância para medidas repetidas com comparações múltiplas feitas com ajuste de Bonferroni.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a execução do protocolo de tratamento, os dados dos pacientes deste estudo mostraram redução estatisticamente significativa na intensidade algíca avaliada pela Escala Analógica Visual de Dor (EAV). Segundo esta escala a média do EAV inicial passou de 8,3 para 2 ao término do tratamento, o que significa que houve uma redução de 75,9% na intensidade da dor, sendo que 25% dos pacientes submetidos ao AS apresentaram melhora completa da dor ao final do tratamento.

Os gráficos abaixo demonstram a queda da intensidade da dor conforme os dados obtidos atra-

Quadro1 - Média do EAV dos pacientes a cada sessão de agulhamento seco.

	Mean	Std. Deviation	N
VAS1	8,30	1,380	20
VAS2	6,70	1,342	20
VAS3	5,90	1,373	20
VAS4	5,40	1,392	20
VAS5	4,90	1,447	20
VAS6	4,35	1,461	20
VAS7	3,95	1,572	20
VAS8	2,90	1,683	20
VAS9	2,55	1,959	20
VAS10	1,95	2,012	20

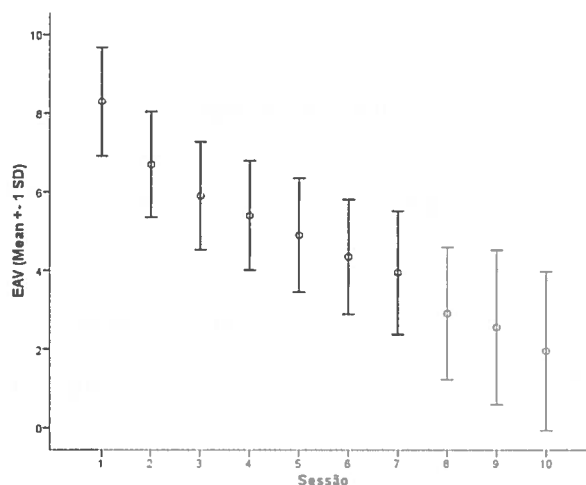


Figura 1 - variação da EAD por sessão de tratamento

vés da EAV neste estudo. Vale salientar que o alívio da dor pareceu ser mais significativo nas primeiras sessões de AS. (Quadro 1 e Figura 1)

Os achados deste estudo concordam com recente publicação em que Tekin. Letal (2012) comparou a eficácia do Agulhamento Seco em relação ao Agulhamento "sham" e concluiu que o AS é efetivo no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida dos pacientes com SDM. ⁽²¹⁾

Neste estudo verificou-se ainda que os pacientes com dores agudas, até 3 meses de evolução, obtiveram uma resposta analgésica mais rápida com um menor número de sessões de AS. Já aqueles pacientes que apresentaram dor crônica, obtiveram uma resposta após um número maior de sessões.

Em relação ao uso de analgésicos houve significativa queda do uso de medicações orais como antiinflamatórios e relaxantes musculares pela maioria dos pacientes. Neste estudo foi possível observar ainda significativa melhora da amplitude de movimento articular, relaxamento muscular com progressiva melhora da tolerância aos exercícios.

Dentre as complicações do método foram observados a ocorrência de dor após a realização de Agulhamento Seco e formação de pequenos hematomas em alguns pontos de aplicação. Não houve nenhum registro de infecção ou lesão de outras estruturas. Três pacientes relataram a ocorrência de tonturas quando o Agulhamento foi realizado na posição sentada, porém não houve nenhum caso de síncope.

CONCLUSÃO

Apesar do estudo ter contado com uma pequena amostragem, o que dificulta a significância dos resultados, pode-se afirmar que nos pacientes com SDM o Agulhamento Seco constitui-se numa abordagem terapêutica bastante eficaz quando realizada por profissional experiente e qualificado.

O AS é um procedimento simples, rápido, seguro e de baixo custo quando comparado com outras terapias. Apresenta baixo índice de complicações e poucos efeitos adversos em relação aos analgésicos convencionais. Pode ser utilizado tanto como monoterapia ou como adjuvante de outras terapias. ^(18,21)

Novos estudos com amostragem estatisticamente significativa e presença grupo placebo, além de outras ferramentas de medida da intensidade da

dor ou de melhora da qualidade de vida são necessários para melhor avaliar a eficácia do método. De qualquer maneira podemos concluir com base nos dados deste estudo e da literatura que o Agulhamento Seco é uma técnica útil no tratamento da dor miofascial. Os médicos que desejam realizar este tipo de procedimento, agulhamento seco, necessitam ser treinados especificamente para este objetivo.

REFERÊNCIAS

16. CUMMINGS TM, WHITE AR 2001 Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82 (7): 986-99
18. BALDRY PE 1995 Superficial dry needling at myofascial trigger point sites. *Journal of Musculoskeletal Pain* 3 (3): 117-126.
19. BALDRY PE 2002a Management of myofascial trigger point pain. *Acupuncture in Medicine* 20 (1): 2-10.
20. BALDRY PE 2002b Superficial versus deep dry needling. *Acupuncture in Medicine* 20 (203): 78-81.
8. BALDRY PE 2008 Acupuntura, Pontos-gatilho e Dor Musculo-esquelética pag. 171-201.
21. LEWIT K 1979 the needle effect in the relief of myofascial pain 6: 83-90.
1. YENG LY, KAZIYAMA HHS, TEIXEIRA MJ. Síndrome dolorosa miofascial. *Ver. Med (São Paulo)*. 2001 (80): 94-110.
11. GREVE, J. M. Reabilitação nas Algias Vertebrais pag.1355-1357.)
10. MUSSE CA. Síndrome Dolorosa Miofascial. In Lianza S. *Medicina de Reabilitação* pag. 151-169, 2001)
15. CHU J 1997 Twitch – obtaining intramuscular stimulation (TOIMS): effectiveness for long-term treatment of myofascial pain related to cervical radiculopathy. *Archives of Physical medicine Rehabilitation* 78: 1042.
2. SKKOOTSKY SA, JAEGER B, OYE RK. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med*. 1989; 151 (2): 157-60.
14. HONG C-Z 1994a Considerations and recommendations regarding myofascial trigger point injections. *Journal of musculoskeletal Pain* 2 (1): 29-59.
13. TRAVELL J, SIMON D Myofascial Pain and Dysfunction- The Trigger Point Manual. Baltimore, Williams & Wilkins, vol 1, 1999.

3. TRAVELL J, SIMON D Myofascial Pain and Dysfunction- The Trigger Point Manual. Baltimore, Williams & Wilkins, vol 2, 1992.
4. FISCHER, A.A. Pressure threshold measurement for diagnosis of myofascial pain and evaluation of treatment results. Clin J Pain, 2: 207-214, 1987.
5. GUNN, C.C. Transcutaneous neural stimulation, needle acupuncture & "teh chi" phenomenon. Am J Acupuncture, 4: 317-322, 1976.
6. DOMMERHOLT J, MORAL OM, GROBLI C. Trigger point dry needling. In: Dommerholt J. Myofascial trigger points: pathophysiology and evidence-informed diagnosis and management's. London: Jones and Bartlett's editors; 2011. P 159-80.
7. HEYMANN R.E. Síndrome miofascial. Prática hospitalar. 2007; (9): 178-80.
9. "The Concise Book of Trigger Points", second Edition, Simeon Niel-Asher.
12. FERNANDES EH, FERNANDES JHM/ Rev Bras-Med Trab. 2011; 9 (1): 39-44.
17. TEKIN L, AKARSU S, DURMUŞ O, ÇAKAR E, DİNÇER U, KIRALP MZ. The effect of dry needling in the treatment of myofascial pain syndrome: a randomized double-blinded placebo-controlled trial. Clin Rheumatol. 2012 Nov 9.

IDOSO FRÁGIL: UM DESAFIO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Fragile Elderly: A Challenge for Primary Health Care

Liliane Maria Bertolini*, Priscila Sartori**, Patrícia Lichtenfels***

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na área adstrita à Unidade de Saúde Barão de Bagé, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS, Brasil). A amostra foi selecionada por intenção e os idosos frágeis entrevistados foram classificados segundo critérios da OMS. Foram avaliados: condições de saúde desta população; percepções e autocuidado; redes sociais e atividades de lazer; relações com o(s) cuidador(es); riscos de quedas e, sentimentos perante suas condições de vida e saúde. Através desse estudo pretendeu-se conhecer as características dos idosos frágeis desta comunidade. Conhecer melhor algumas características do idoso frágil é de grande valia para lhe oferecer uma assistência mais integral, além de fornecer subsídios para implantação de estratégias, programas e políticas de saúde pública voltados ao público idoso. Os resultados apontaram que os idosos entrevistados apresentam importantes dificuldades em relação à administração e utilização dos medicamentos. Em relação ao autocuidado, possuem um conhecimento muito limitado das suas doenças e seu manejo. O fato de residirem em áreas de grande risco para quedas torna-se um importante agravante, assim como o medo de cair e a alta prevalência das mesmas no último ano. Os idosos apresentaram pobres redes sociais e os sentimentos de solidão e abandono foram predominantes entre os entrevistados. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):13-21)

Descritores: idoso frágil, auto-cuidado, quedas, solidão, lazer.

ABSTRACT

This is a qualitative research conducted in the area linked to the Health Unit Barão de Bagé, belonging to the Community Health Service of the Conceição Hospital Group (Porto Alegre, RS, Brazil). The sample was selected by intention and the frail elderly respondents were classified according to WHO criterious. Were evaluated: health conditions of this population, perceptions and self-care; social networking and leisure activities, relationships with caregiver, risks of falls and feelings towards their living conditions and health. Through this study is to know the characteristics of the frail elderly of this community. Better understand some characteristics of the frail elderly is of great value to offer a more integral, in addition to providing grants for the implementation of strategies, programs and public health policies targeting the elderly. The results showed that older respondents have major difficulties in relation to the administration and use of medicines. In relation to self-care, have a very limited knowledge of their disease and its management. The fact reside in a high fall risk becomes an important aggravating factor, as well as the fear of falling and the high prevalence of these last year. The elderly poor social networks and feelings of loneliness and abandonment were prevalent among respondents. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):13-21)

Key words: frail elderly, self-care, falls, loneliness, leisure.

*Médica Residente em Saúde da Família e Comunidade – Unidade de Saúde Barão de Bagé - GHC

** Assistente Social Residente em Saúde da Família e Comunidade – Unidade de Saúde Barão de Bagé - GHC

***Médica Internista e Médica de Família e Comunidade da US Barão de Bagé, Preceptora do PRMMFC DO GHC - Orientadora do Pesquisa Institucional, Doutoranda em Educação pela UFRGS

Liliane Maria Bertolini- Rua Natalício Heineck, nº 98/501, Florestal, Lajeado-RS

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no Brasil apresenta um crescimento rápido e progressivo. Grande parte desse aumento populacional pode ser explicada pela maior expectativa de vida entre os idosos, fenômeno global que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento ^(1,2). Essa mudança na estrutura etária brasileira pode ser observada desde a década de 60, quando se iniciou uma rápida e sustentada queda da fecundidade, acarretando o estreitamento da pirâmide populacional ^(3,4). Estima-se que entre os anos de 2000 e 2020, o grupo de 60 anos ou mais quase duplicará passando de 14,5 milhões para 26,3 milhões ^(3,5), e em 2025 o índice de envelhecimento será, provavelmente, três vezes maior do que aquele observado em 2000; ou seja, na população brasileira haverá mais de 50 adultos com 65 anos ou mais para cada conjunto de 100 jovens.

Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento ⁽⁶⁾. É difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Neste segmento conhecido como terceira idade estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico.

O estado do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar no cenário brasileiro, tendo, entre sua população total, 15% de idosos, segundo o IBGE (2010) ⁽⁷⁾. Esses dados mostram-se muito expressivos e denotam que a sociedade necessita de subsídios e aprimoramentos para atuar em benefício dessa população crescente. Dessa forma, mudanças de assistência e previsão das doenças que acometem os idosos são imprescindíveis, pois se trata de um grupo etário cujos cuidados com a saúde devem ser maiores, uma vez que 80% de seus integrantes apresentam pelo menos uma enfermidade crônica ⁽⁸⁾.

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. Tal mudança, no Brasil, implica elevação dos custos para o sistema de saúde, fazendo do envelhecimento um fenômeno que precisa de ampla discussão ⁽⁹⁾. Sendo assim, é importante que as unidades de saúde tenham subsídios para a gestão dos serviços de saúde e para as ações de prevenção e controle de agravos à saúde. Para tal, é necessário identificar os elementos que contribuem para a vulnerabilidade da população idosa,

incluindo a fragilidade.

A vulnerabilidade social do idoso decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano pela população envelhecida. O convívio social do idoso contribui para uma melhor qualidade de vida pelas trocas entre o idoso e seu cuidador, assim como as redes sociais e os contatos em si como visitas sociais, amigos, passeios ou outra atividade de lazer. Capacitação de recursos humanos, políticas públicas, espaços propícios de lazer e interação propiciam um arranjo social capaz de auxiliar o idoso no seu singular ciclo de vida e processo de envelhecimento, evitando dessa forma o seu isolamento social ⁽¹⁰⁾.

Envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física, mental e independência nas atividades de vida diária (AVD) - que se referem ao auto-cuidado, para manter a independência-integração social, suporte familiar e independência econômica. Instrumentos desenvolvidos para a avaliação da capacidade funcional incluem fatores sócio-demográficos, percepção subjetiva do idoso, saúde física e mental, independência nas atividades diárias, suporte familiar e social e utilização de serviços.

A avaliação da capacidade funcional como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento torna-se essencial, uma vez que o conceito de saúde se modifica para a manutenção da autonomia, independente da presença de doenças crônicas controladas.

As quedas, além de serem mais frequentes no idoso, podem representar um sério problema de saúde, pois há maior risco de lesões, sem contar nos demais aspectos envolvidos no âmbito psicológico, social e econômico. As causas das quedas podem estar relacionadas a fatores intrínsecos (decorrentes de alterações fisiológicas, doenças e medicamentos) e extrínsecos (dependentes de circunstâncias sociais e ambientais). Diversos estudos mostram diferentes prevalências e características relacionadas a quedas nos idosos, e podemos notar que aspectos da fragilidade do idoso, como idade avançada, maior número de doenças, polifarmácia, solidão, menor renda, menor capacidade funcional, institucionalização, entre outros, estão relacionados ao aumento de quedas ^(11,12,13,14).

A população idosa apresenta inúmeras patologias crônico-degenerativas, que trazem alta dependência e demandam aprofundamento de conceitos como promoção, prevenção, suporte e apoio para cuidadores e família, cuidados paliativos, reabilitação, além do tratamento convencional com vistas

à cura ⁽²⁾.

O envelhecimento com dependência (com múltiplas comorbidades, e grande demanda para cuidadores)⁽¹⁶⁾, é um desafio a ser incorporado pela Saúde Pública, em que se contrapõem duas situações. A primeira refere-se às condições necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na comunidade, e a segunda refere-se às condições da família, para que possa responsabilizar-se pela assistência ao idoso. Conhecer a fragilidade de idosos em grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais.

Como a dependência do idoso é um processo dinâmico ⁽¹⁶⁾, é fundamental que ela seja abordada por intermédio de programas que incluam estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de rede de apoio aos cuidados de longa duração da comunidade. Por isso, é extremamente necessário incluir todas as formas de intervenção na sociedade, a partir da vigilância à saúde, da proteção e da educação em saúde, tendo como parceiros a família, os profissionais da saúde e o Estado. À equipe de saúde multidisciplinar cabe não só trabalhar com o paciente, mas com sua família e/ou cuidadores, a fim de que se possa lidar com a fragilidade dos idosos de uma forma mais contextualizada.

Como ainda são escassas pesquisas destinadas ao conhecimento da fragilidade em idosos em nosso meio torna-se importante a realização desse estudo que poderá servir como ferramenta e incentivador para futuras ações que beneficiem esse segmento populacional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de corte transversal, conduzido na área adstrita à Unidade de Saúde Barão de Bagé (USBB) pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS, Brasil). A Unidade de Saúde Barão de Bagé é uma das doze unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, localizada na região leste de Porto Alegre, pertencente à gerência distrital leste-nordeste. O território adstrito à unidade de saúde está dividido em três áreas de vigilância (amarela, azul, vermelha) para uma melhor organização das ações de saúde prestadas pela unidade. A unidade é composta por uma equipe multiprofissional: médicos, dentistas, técnicos de saúde bucal, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e agentes de saúde. Os profissionais resi-

dentes são da área de medicina, nutrição, serviço social e odontologia. A assistência farmacêutica ocorre através do matriciamento.

A amostra foi selecionada por intenção. Entrevistou-se um idoso frágil de cada área de vigilância, totalizando três idosos. O estudo foi realizado após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição. Foram incluídos no estudo os idosos que possuíam diagnóstico de fragilidade e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a exclusão da participação se assim desejassem, bem como sigilo e anonimato. Para o diagnóstico de fragilidade foram utilizados os critérios preconizados pela OMS ⁽¹⁷⁾, que são os seguintes: os muito idosos (80 anos ou mais); os que vivem sozinhos; as mulheres idosas, sobretudo as viúvas ou solteiras; os que vivem em instituições; os que estão socialmente isolados; os idosos sem filhos; os que tem limitações sérias ou disfunções; os casais idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente; os que contam com poucos recursos econômicos.

Os idosos classificados como frágeis, participaram de uma entrevista semi-estruturada, com duração média de 45 minutos, realizada em sua residência. As entrevistas, registradas através de um gravador, foram realizadas por dois pesquisadores, a saber: duas residentes acompanhadas por uma agente de saúde (totalizando três agentes de saúde, cada uma responsável por uma área de vigilância). No questionário foram coletados dados referentes às condições de saúde do idoso, como o auto-relato da presença ou ausência de doenças crônicas, sua quantificação e as principais dificuldades percebidas pelo idoso no autocuidado dessas doenças; auto-relato do número de medicamentos utilizados de forma regular nos últimos três meses, quais os medicamentos utilizados e as dificuldades percebidas em relação à administração destes.

Para avaliação das redes sociais e atividades de lazer aplicou-se um questionário que analisou o idoso em seu contexto familiar e a relação com seu cuidador, evidenciando os aspectos sociais e emocionais. Foram levados em consideração o contexto de sua idade avançada, rede social, lazer e satisfação geral em relação ao seu processo de envelhecimento.

Os riscos de queda foram avaliados através da análise observacional do espaço físico interno e externo onde o idoso reside, como também as rotas frequentes para atividades diárias e para o seu convívio social. Além disso, os idosos foram questio-

nados quanto aos fatores de risco para a ocorrência de quedas e a sua percepção sobre esse desfecho adverso.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e as respostas divididas, categorizadas e analisadas através do método fenomenológico. O Método Fenomenológico apresenta-se, pois, como um método sobre o qual recai a elucidação existencial, pois sua centralidade está no sujeito ⁽¹⁸⁾. Busca relacionar os acontecimentos do ser e sua interação social. Utilizando-se de descrições, depoimentos, discursos e através das maneiras pelas quais são expressos os pensamentos e os sentimentos dos sujeitos. Estudo dos fenômenos humanos e suas relações, onde linguagem, práticas, coisas e acontecimentos são inseparáveis. ⁽¹⁹⁾

Análise dos discursos

Categorizamos e descrevemos os conteúdos encontrados da seguinte maneira: percepção sobre suas condições de saúde e manejo medicamentoso; atividades de lazer, redes sociais e sentimentos relacionados à sua realidade de vida; riscos de quedas e significância relativas à sua condição. Os três idosos entrevistados possuem características de fragilidade semelhantes, e idade média de 88 anos. Todos os idosos entrevistados possuíam mais do que três co-morbidades. Encontrou-se dentre os idosos entrevistados, a predominância do sexo feminino, dois moravam sozinhos; e todos se sentiam solitários ou de certa maneira abandonados, apesar de um morar com familiares e os outros dois receberem visitas frequentes.

A falta de lazer foi predominante entre os idosos entrevistados, apenas um relatou alguma atividade extra domiciliar com companhia de não familiares. Foi relatada que havia falta de interesse dos cuidadores por um idoso, no que diz respeito à companhia e à solicitude. Como percebemos na fala:

"Não...! Quando uma pessoa doente e velha da idade que eu tô, era pra ser tratada com mais amor e com mais carinho, e ter mais atenção, essa é que é a verdade!" (Sra A)

Dois dos entrevistados, disseram fazer as suas próprias compras, e acreditavam que esta seria uma forma de lazer, a outra entrevistada, sentava-se no pátio de sua casa para este fim. O meio de distração e lazer mais encontrado foi a televisão. Os idosos entrevistados relataram não ter contato com antigos amigos, dizendo que estes moram longe ou que já faleceram. Como exemplo:

"Tenho amigos, mas quase não procuro mais, tempo de mocinha, muitos já se foram" (Sra A).

Apenas um idoso disse possuir um amigo, que mesmo sendo uma atividade rara, eventualmente saem para dar uma volta de carro juntos. A melancolia e a sensação de desamparo foram predominantes, o que evidencia uma frágil rede de apoio.

Relativo às condições de moradia dos idosos entrevistados, em todas as residências, havia luz elétrica, água encanada, rede de esgoto e mais de dois cômodos. Todas as casas possuíam telefone, apenas dois idosos conseguem utilizar este meio de comunicação.

Entrevistadora: "A senhora tem telefone?"

Sra C: "Sim."

Entrevistadora: "E como é que é? A senhora atende ele sozinha, precisa de ajuda?"

Sra C: "Não, atendo e ligo sozinha, (...) eu tenho no meu quarto e aqui na sal (...) Já tenho para poder ficar deitada."

Dois idosos possuem certa autonomia financeira: pagamento de contas, e compra de mantimentos, apenas um é totalmente dependente dos cuidadores para locomoção, alimentação e atividades básicas do dia a dia. E a tristeza perante esta condição aparecem várias vezes durante a entrevista, exemplificando:

"Ora como eu me sinto? Triste. Como eu vou me sentir alegre dependendo dos outros, pedindo pelo amor de Deus, vem Ca!? Quem vai ser feliz assim minha filha?" (Sra A)

O que foi bastante contundente foi a falta de conhecimento dos entrevistados quanto ao seu processo de doença (nenhum dos entrevistados enumerou suas patologias corretamente), a dificuldade com o manejo medicamentoso, sendo que dois auto-administram seus medicamentos sem ter conhecimento sobre os mesmos e para que são utilizados, não obstante constatou-se a falta de cuidado com o armazenamento e conservação dos medicamentos em um dos casos, sobre este aspecto o que se observou é que a predominância da falta de conhecimento é que resultou na inadequação descrita ²⁰. Todos idosos entrevistados usavam mais do que três tipos diferentes de medicamentos, nenhum soube nomeá-los ²¹. O que é demonstrado no trecho do seguinte depoimento da Sra A:

Entrevistador: "A senhora recebe ajuda para tomar os medicamentos?"

Sra A: "Eu nem sei minha filha, isso é lá com elas que eu nem sei de nada! (...) Sei eu... parece que tomo... Eu acho que eu tomo... elas não vão tá perdendo tempo... com velha que já tá quase morta..."

A incapacidade funcional no idoso acaba configurando um quadro propício para o aparecimento de doenças crônicas. Estima-se atualmente

que 80% das pessoas com 65 ou mais anos padecem de uma doença crônica ^(20,22). Apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente, relacionado com doenças e incapacidades, as doenças crônicas degenerativas são frequentemente encontradas nas pessoas idosas. Podemos ilustrar o quão usual e de resignação, a condição de doente é para os idosos através da citação encontrada na entrevista:

Entrevistador: "E como a senhora se sente em relação a ter esses problemas de saúde? Como é que é isso na vida da Senhora?"

Sra B: "Olha eu já acostumei... não adianta né, a vida é assim."

Um dos estudos realizados por Netuveli et al (2005)⁽²³⁾ revela que o impacto causado na qualidade de vida do paciente pela incapacidade funcional, conseqüente à doença crônica é quatro vezes superior à doença em si.

As doenças crônicas de caráter insidioso e por vezes subclínico se apresentam múltipla e simultaneamente o que causa dificuldade diagnóstica e complica aderência ao tratamento. O acompanhamento do idoso pelas razões anteriormente citadas necessita o autoconhecimento das enfermidades, complicações, manejo e indicações terapêuticas ^(24,25).

A dificuldade do conhecimento e reconhecimento das suas doenças pelo idoso está bem ilustrada nesta parte da entrevista, onde percebemos que a idosa entrevistada não teve o discernimento sobre suas condições crônicas:

Entrevistador: "A Sra tem algumas doenças? Quais?"

Sra C: "Não, graças a Deus"

Entrevistador: "A Sra não acompanha para pressão alta, diabetes?"

Sra C: "Eu tenho a pressão alta né, só assim, quando me agito(...) Reumatismo de vez em quando a gente tem, uma dorzinha aqui outra ali nas juntas."

Juntamente com a dificuldade em reconhecer suas patologias, vem a extrema dificuldade com o manejo medicamentoso e reconhecimento da utilidade dos mesmos. Diversos estudos apontam a complexidade acerca da polifarmácia enfrentada pela população idosa ⁽²⁶⁾. Com este levantamento que fizemos no atual estudo, queremos apontar que o desconhecimento aliado à falta de preparo por parte do idoso e cuidadores pode tornar proporções de gravidade preocupantes no prognóstico patológico e qualidade de vida do idoso.

Entrevistador: "A Sra tem que tomar medica-

mento todos os dias?"

Sra B: "Ah tomo, todos os dias tomo".

Entrevistador: "E como é que é para Sra, é complicado"? É fácil? Como é que é?

Sra B: "Sim, eu vou no médico, aí ele vê como é que ta e manda continuar aquele medicamento né(...)"

Entrevistador: "E é só para pressão que a Sra toma remédio?"

Sra B: "É só para pressão."

Filha da Sra B: "Ela toma outros medicamentos sim.(...) Toma medicamento para dormir, faz anos que ela toma, toma anti-depressivo, toma remédio para colesterol. De seis em seis meses eu levo ela na médica cardiologista, que trata dela. Assim né, ela tem problema de tireoide também né (...)"

Outro aspecto bastante relevante ressaltado neste estudo foram as quedas e o impacto na vida do idoso. Nos países ocidentais aproximadamente 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e nos países orientais, cerca de 15,0% dos idosos apresentam quedas anuais ⁽¹³⁾. Para os idosos, a significância de uma queda é muito grande, pois este acontecimento pode levá-los à incapacidade e à morte. O custo social de uma queda é imenso e torna-se maior quando há uma redução de autonomia para o idoso. Sofrer uma queda pode ser igual à dependência ou necessidade de institucionalização ⁽²⁷⁾. Os resultados encontrados ao realizarmos este estudo corroboram os dados pesquisados na literatura, pois as quedas causam um impacto extremamente negativo na qualidade de vida do idoso, prevalência aumentada pelas condições sociais baixas dos idosos entrevistados. Há evidências de que as quedas produzem ansiedade e depressão ⁽²⁸⁾. A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança pode resultar em piora do declínio funcional, depressão sentimentos de inutilidade e isolamento social.

Entrevistador: "(...) a Sra tem medo de cair?"

Sra B: "Sim tenho medo, ainda mais eu sozinha só com Deus, a força nas pernas às vezes falta(...)"

Todos idosos entrevistados expressaram medo de cair e relataram queda no último ano, vale ressaltar que um encontra-se acamado. Através da observação do território e das condições de moradia destes idosos, constatamos que o risco de queda é agravado pela falta de infra-estrutura das moradias e da pavimentação ao entorno das mesmas. Há falta de preparo dos familiares e cuidadores para prevenção de quedas, em todas residências visitadas no momento das entrevistas não estavam adaptadas à locomoção segura dos idosos residentes, constatou-

-se inclusive tapetes no chão, o que facilitaria uma queda ^(11,27).

Entrevistador: "A Sra tem onde se apoiar quando precisa?"

Sra A: "Uma cadeira, uma mesa,..., muitas vezes não acho nada não minha filha."

O enfoque epidemiológico dado pelo olhar da saúde categoriza as quedas como um dos acontecimentos acidentais e/ou violentos que infringem milhares de pessoas idosas em nosso país e motivam internações e mortes, de acordo com a identificação de Souza et al (1998)⁽²⁹⁾, Fabrício et al (2004)⁽²⁷⁾ e Minayo (2003)⁽³⁰⁾.

Sra C: "Já caí várias vezes. E depois disso já cai subindo a escadinha aí de dentro, sabes? Tropecei...e por sorte que eu estava de tênis, tava até com uma sacola de compras, meus joelhos é que pagaram... eu tropecei no próprio degrau. Como foi aqui no tapete, o tapete até estava levantado, mas eu tropecei no próprio tapete."

O que se constata é que o idoso cai mais em seu próprio lar do que em outros ambientes ^(27, 31). As quedas que ocorrem no interior da residência correspondem a mais que 70%, sendo que as pessoas que vivem sozinhas são as de maior risco ⁽¹¹⁾. As quedas ocorrem em maior número no interior das residências brasileiras, pois estas não são preparadas e adaptadas para atender às necessidades dos idosos. Destacam-se sob este aspecto os seguintes fatores: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, calçados inadequados, patologias nos pés, maus-tratos, roupas excessivamente compridas e via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades ⁽¹¹⁾.

Sra C: "Até na rua, aqui mesmo uma vez eu cai, mas daí um médico tirou a conclusão... Tem bastante limo nas calçadas, tem que cuidar nos dias de chuva."

Nos dias de chuva raramente eu saio. Mas já caí várias vezes, eu já caí. Tanto que uma vez eu caí ali na rua né, que aí eu fui no posto umas 3 vezes num dia, sangrando meu braço."

Para a maioria da sociedade a velhice é vista como algo negativo, e esta cultura acaba incorporada na sociedade. Alguns jovens crescem diante dessa percepção e ao chegarem à velhice também eles se sentem como um "peso" para seus familiares ou cuidadores. Desta forma, destacamos o depoimento de um idoso que durante a entrevista, lembrou constantemente do seu passado, como um

tempo que foi bom, mas que não volta mais:

"Ah, eu gosto de alegria, bastante gente, a minha casa era cheia. Ah, mas nem queira saber, como eu era feliz, mas barbaridade essa tia veia aqui fez sucesso. Era tudo misturado, Ah eu vou lá na dona V.T, vamos tomar um matezinho, vamos comer, comer qualquer coisa. Ai meu Deus do céu, aquele tempo não volta mais". (Sra A).

Com isso, podemos refletir o quanto alguns idosos não encontram mais sentido em suas vidas, alguns sentem-se abandonados e deprimidos, o que fica claro na fala a seguir:

"Nada mais me alegra minha filha, a tristeza tomou conta desse coração... Hoje não posso fazer nada, depender dos outros, o que eu posso fazer?". (Sra A).

Já em outro depoimento, ao perguntarmos se o idoso se sentia sozinho, ou triste, ele responde que não, referindo estar conformado com sua condição de vida e que as coisas só tendiam a piorar:

"... A vida é assim né? daqui pra frente eu sei que as coisas não vão melhorar, vão piorar, mas faz parte da vida... quanta gente! Minha mãe morreu com 30 anos... eu fiquei sem pai e sem mãe aos 10 anos... então eu tenho que sobreviver". (Sra B).

Diante deste mesmo questionamento, outro idoso responde:

"Ninguém mora comigo, mas graças à Deus não me sinto sozinha, vejo novela ou ligo para minha filha para conversar". (Sra C).

Muitos estudos apontam que o convívio social do idoso contribui para uma melhor qualidade de vida, por exemplo, através das trocas estabelecidas entre o idoso e seu cuidador, contato com redes sociais, visitas, passeios ou outras atividades de lazer. A capacitação de recursos humanos, políticas públicas, espaços propícios de lazer e interação propiciam um arranjo social capaz de auxiliar o idoso no seu singular ciclo de vida e processo de envelhecimento, evitando dessa forma o seu isolamento social ⁽¹⁰⁾.

É importante ressaltar que fatores como falhas no suporte da rede social e na assistência à saúde podem desencadear sobrecarga e estresse nos familiares e cuidadores de idosos. Como consequência, a relação entre as partes se torna tênue, sobrecarregada, demandando ao cuidador muitas vezes um esforço além do seu alcance, bem como, o descontentamento do idoso, que se sente um "peso", com isso não pede ajuda, deprimindo-se e isolando-se socialmente.

Neste contexto percebe-se a importância de uma redefinição do papel do idoso na estrutura familiar. Nessa fase de mudanças e adaptações, a

família tem um papel importante, uma vez que o idoso não consegue gerir sua vida como fazia antes. Dessa forma, torna-se necessário frisar o valor do lazer na vida do idoso.

O lazer pode ressignificar sua existência, sua importância como cidadão detentor de direitos e garantias legais, seu envelhecimento, sua própria velhice e os níveis de sua efetiva participação dentro da sociedade ⁽³²⁾

Atividades variadas de lazer inibem a inércia, sedentarismo, acomodação, tristeza, indisposição, fadiga, dores sem fim, depressão e falta de perspectivas, dando espaço para a crescente participação e adesão às inúmeras oportunidades que são oferecidas ao segmento idoso nos espaços públicos e/ou privados, formal e/ou informal ou dentro das suas famílias. Respeitando a condição física e emocional no idoso de forma a preservar e melhorar sua vida e seu bem-estar ⁽³²⁾.

CONCLUSÃO

Ao realizar esta pesquisa intentamos traçar um conhecimento mais aprofundado do idoso frágil na realidade de atendimento de uma das Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Quando analisamos especificamente a situação da população idosa, observamos uma aceleração no crescimento dessa população. Na última década, o aumento da proporção da população idosa foi muito expressivo, sendo de 30% (passando de 8,57% para 11,16% do total da população brasileira) (IBGE 2000). Na Unidade de Saúde da qual somos integrantes aproximadamente 14% da população possui mais de 60 anos, um número bastante expressivo visto ser uma população que vem declinando vertiginosamente o número de jovens em detrimento ao crescente da população idosa. A razão de sexo da população idosa é bastante diferenciada, sendo bem maior o número de mulheres ^(33, 34). Essa diferença pode ser explicada pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, um fenômeno mundial, mas bastante intenso no Brasil, visto que as mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens.

Tendo em vista o crescimento da população idosa, a fragilidade acaba se configurando um fenômeno comum entre esses indivíduos. Contudo, o conhecimento sobre fragilidade é limitado e ainda não foi estabelecido um significado científico para a entidade. Encontramos ao realizar a pesquisa bibliográfica referente ao conceito de fragilidade diversas correntes e autores renomados que utilizam critérios e evidências distintas para definir esta condição, contudo para melhor adequação ao nosso objetivo

baseamo-nos em critérios com ênfase em aspectos biopsicossociais que são os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. ⁽¹⁷⁾

Podemos concluir que, diante dos aspectos analisados nas entrevistas e durante o processo de visitação aos idosos, encontramos significâncias muito profundas nas suas falas. Vale aqui ressaltar a maneira com que alguns questionamentos propiciaram um discurso com tons de desabafo e transpareceram uma carência, não tanto de recursos financeiros, porém muito mais por serem ouvidos e compreendidos nas suas limitações e angústias. Apesar de cada um possuir suas características próprias de vivência, classe social e organização familiar, conseguimos encontrar semelhanças importantes entre os idosos. Os relatos sobre o sentir-se só acabavam vindo permeados de autocensura ou culpabilização por *"estar atrapalhando"*. Ao mesmo tempo percebeu-se um clamor por ajuda, uma demanda sentimental reprimida e disfarçada por falas de *"deixa assim"* ou *"estou bem assim"*. Conforme Hareven (2001) ³⁵ as relações de apoio mútuo são construídas ao longo do tempo e modeladas por circunstâncias da história familiar. Ouvir e compreender a verdadeira mensagem intrínseca em algumas falas por vezes confusas do idoso é uma tarefa difícil porém que se mostra necessária tendo em vista o melhoramento da qualidade de vida no envelhecimento.

Percebemos que as atividades de lazer são pouco diversificadas e também não são muito frequentes. Os idosos encontram-se resignados à sua condição de fragilidade e a atual realidade não permite e disponibiliza muitos recursos, menos ainda de uma infra-estrutura adequada para abranger suas necessidades e/ou opções viáveis para o seu acolhimento. ⁽³⁵⁾ Cabe aqui deixar um questionamento sobre como as equipes de saúde, os familiares e os setores governamentais responsáveis podem projetar e investir em ações para propiciar uma melhor qualidade e diversidade de entretenimento e lazer para os idosos.

Outro agravante é a falta de conhecimento e motivação no que diz respeito às condições de saúde do idoso. Ainda impera na mentalidade das pessoas, como também dos idosos entrevistados, que envelhecer e adoecer é inevitável e que o adoecimento é inerente ao processo de envelhecimento. A falta de motivação para o auto-cuidado segue paralela aos sentimentos de solidão e abandono. O que já foi estudado é que o adoecer com cronicidade implica num processo subjetivo de aceitação em que acontecem momentos de negação, de raiva, de agressividade, de hostilidade e tristeza ⁽³⁶⁾. Percebemos o quão importante é para os familiares, cuida-

dores e gestores dos Serviços de Saúde trabalhar com atividades que estimulem a auto-estima e a percepção que o envelhecimento pode acontecer com menos pesar e com melhores condições de saúde⁽³⁷⁾. Um bom trabalho a ser realizado é empoderar o idoso a respeito dos acontecimentos nessa faixa etária, e como ele pode melhorar e qualificar seus anos de vida ao realizar os tratamentos propostos.

Tendo em vista a grande prevalência de patologias crônico-degenerativas nos idosos, que trazem alta dependência, demandam aprofundamento de conceitos como promoção, prevenção, suporte e apoio para cuidadores e família, cuidados paliativos, reabilitação, além do tratamento convencional com vistas à cura⁽²⁾. Isto traz à tona a urgência do treinamento e fornecimento de subsídios aos profissionais de todos os segmentos da saúde, mais essencialmente àqueles no nível de Atenção Primária.

A dificuldade na administração e conhecimento dos medicamentos, exige uma ação multidisciplinar e um diálogo aberto com familiares, cuidadores e idosos, intentando explicar sumariamente e de forma bastante didática para que servem os medicamentos, quais seus efeitos colaterais e, principalmente, os benefícios que trazem quando corretamente utilizados. Os estudos já travados nesta área demonstram que o conhecimento é a melhor arma contra a automedicação errônea e os perigos das intoxicações, bem como os malefícios de não utilizar o medicamento indicado para o tratamento de cada patologia^(38,39).

Somando a fragilidade do idoso às limitações na estrutura física das moradias e entorno encontradas, constatamos que a dificuldade de deambulação facilitou e propiciou as quedas, gerando medo e insegurança. Além do mais, a queda na vida do idoso tem um significado que vai além dos malefícios orgânicos, que por si só geram sérios desfechos⁽¹¹⁾. Percebemos que as dificuldades que transitam juntamente com os entraves do caminhar com segurança, aumentam a dependência criando mais empecilhos e entristecimento para o idoso. O ser humano privado da livre condição do ir e vir, torna-se extremamente vulnerável e dependente da boa vontade e solicitude dos próximos, que nem sempre podem estar presentes em tempo integral.

Todo este processo de estudo e conversa com os idosos mostrou-se muito interessante para nós residentes em processo de formação, uma vez que nos fez perceber que a fragilidade do idoso não está apenas nas suas características, mas também nas limitações impostas pela sociedade que ainda não está pronta para o envelhecimento. Trabalhar contra o preconceito que a estrutura capitalista e

produtivista impõe é um grande projeto que precisa ser olhado com muito carinho e certa urgência, tendo em vista que o passar dos anos é inevitável e quanto mais nos empenharmos para qualificar o fim da vida, mais leve tornamos todo o viver.

REFERÊNCIAS

1. BEZERRA AFFB; SANTO ACGE; FILHO M B. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.
2. MELZER D; PARAHYBA MI. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. *Age and Ageing*, v. 33, n. 3, p. 253-259, mar. 2004.
3. WONG LLR; CARVALHO JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para a saúde pública. *Revista Brasileira de Estudo Populacional*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan-jun. 2006.
4. CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n.2, p. 184-200, 1997.
5. PARAHYBA MI; SIMÕES CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n. 4, p. 967-974, 2006.
6. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil. Brasil, 2000.
7. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 dez. 2011.
8. NEGRI LSA et al . Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004.
9. AYRES JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, Fev. 2004.
10. DIOGO MJD; CEOLIM MF; CINTRA FA. Orientações para idosos que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 97-102, ago. 2004.
11. PEREIRA SRM. et al. Quedas em idosos. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Disponível em <http://www.sbgg.org.br/profissional/publicações.pdf> Acesso em: nov. 2011.

12. PERRACINI MR. Fatores associados a quedas em coorte de idosos residentes no município de São Paulo. 2000. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
13. PERRACINI MR.; RAMOS LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, dez. 2002.
14. STEL VS. et al. Consequences of falling in older men and women e risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing*, v. 33, n. 1, p. 58-65, 2004.
15. MELZER D.; PARAHYBA MI. Socio-demographic correlates of mobility disability in older brazilians: results of the first national survey. *Age and Ageing*, v. 33, n. 3, p. 253-259, mar. 2004.
16. CALDAS CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-778, mai-jun, 2003.
17. DUNCAN BB. et al. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. *Medicina Ambulatorial*. In: SI-RENA S.A., MIROGUCHI, E.H. *Promoção e manutenção da saúde do idoso*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 4ª reimpressão, 2006. Cap.60, p.577.
18. MOREIRA DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002.
19. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000
20. BARBOSA, PFT. Uma estratégia de vigilância ativa para o uso racional de medicamentos. Brasília- DF: AN-VISA, 2011.
21. GORZONI ML, NETO JT. *Terapêutica Clínica no Idoso*. São Paulo: Sarvier, 1995. P.197
22. BENJAMIN A E; CLUFF LE. *Who needs caring? The lost art of caring: a challenge to health professionals, families, communities and society*. Baltimore, USA: The John Hopkins University Press, 2001.
23. NETUVELI G et al. Functional limitation in long standing illness and quality of life: evidence from a national survey. *British Medical Journal*, v. 331, p.1381-1382, dez. 2005.
24. NAVARRETE MFJ, PÉREZ LR. Perfil educativo en los pacientes crónicos. *Rev Med de Costa Rica y Centro America* 1998;543:89-93.)
25. TUBERO AL et al. A linguagem do envelhecer: saúde e doença. *Distúrbio de Comunicação* 1999; 10:167-76.)
26. BORGES LJ. *Polifarmácia e o Idoso*. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia 2010.
27. FABRÍCIO SCC et al. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.
28. FREITAS MAV; SCHEICHER ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008.
29. SOUZA ER et al. Extremo da vida sob a mira da violência: Mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, v. 6, p.66-73, 1998.
30. MINAYO MCS. Violência contra Idosos: relevância para um velho problema. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, mai - jun. 2003
31. COUTINHO ESF; SILVA SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1359-1366, set - out. 2002.
32. GÁSPARI JC, SCHWARTZ GM. O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 21. n.1, p. 69-76, jan-abr. 2005.
33. CAMARANO AA. et al. Como vive o idoso brasileiro? Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.
34. PACHECO RO; SANTOS SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF: textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro: Unati/ Uerj, v. 7, n. 2, p. 45-61, 2004.
35. HAREVEN T. Historical perspectives on aging and family relations. In R. Binstock e L. George (Eds.), *Handbook of Aging and Social Sciences*, 5th Edition (pp. 141-159). S. Diego, USA: Academic Press, 2001.
36. TUBERO AL. A linguagem do envelhecer: saúde e doença. *Distúrbio de Comunicação* 1999; 10:167-76.
37. CARVALHO-FILHO, E.T. et al. Iatrogenia no idoso. *Rev. Bras. Med.*, 53:117-37, 1996.
38. DUARTE YAO, LEBRÃO ML, LIMA FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2005.
39. FELICIO N. *Farmacoepidemiologia da prescrição e dispensação de medicamentos na rede pública municipal de saúde de patos de minas/MG*. 117f. Dissertação (Mestrado em promoção de saúde). Universidade de Franca. Franca, 2007.

MANEJO DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO NUMA UNIDADE DE SAÚDE

Management of children with low weight in a primary care unit

Brenda Wander* , Airton Tetelbom Stein** , Aline Gerlach***

RESUMO

Objetivos: Investigar as características do atendimento das crianças de baixo peso em uma unidade de saúde, e descrever suas características sociodemográficas e fatores de risco. **Métodos:** Foi realizado estudo de casos descritivo, com amostragem consecutiva, em uma Unidade de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. Foram coletados dados dos prontuários das crianças menores de 5 anos com diagnóstico de baixo peso, atendidas na unidade entre 2007 e 2008, e realizada entrevista com o cuidador. As curvas utilizadas foram as publicadas pela Organização Mundial da Saúde em 2006. **Resultados:** A amostra constitui-se de 10 crianças, predominantemente do sexo feminino (70%), com idades entre 3 meses e 3 anos ao diagnóstico, com média de 16,3 meses (DP 12,3). O tempo de acompanhamento após o diagnóstico variou entre 1 e 45 meses, e 40% teve acompanhamento menor de 6 meses; houve grande variação no número de consultas após o diagnóstico (3 a 21). A prevalência de anemia foi de 40%. Encaminhamentos para outros profissionais ocorreram em 50% dos casos, e 30% foram encaminhados a programas de transferência de renda. Não foram realizadas atividades de busca ativa ou grupos. Constatou-se que 30% das crianças diagnosticadas como baixo peso não têm critérios para este diagnóstico. Entre as crianças menores de 5 anos atendidas entre 2007 e 2008, a prevalência de baixo peso foi de 4%. **Conclusões:** A prevalência de anemia nas crianças do presente estudo não é maior que a da população geral. O manejo das crianças de baixo peso na unidade pode ser otimizado utilizando recursos como visitas domiciliares, grupos, encaminhamentos a outros profissionais e a programas de transferência de renda. É necessária capacitação da equipe para reconhecimento e manejo adequados dos casos de baixo peso, buscando uma padronização do atendimento, sem desconsiderar as particularidades individuais. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):22-30)

Descritores: crianças de baixo peso, pediatria, saúde coletiva

ABSTRACT

Objectives: This study investigates the characteristics of care of children with low weight in a primary care unit, and describes their socio-demographic characteristics and risk factors. **Methods:** This was a descriptive case study with consecutive sampling in a Health Unit of Community Health Service, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Brazil. Data were collected from medical records of children under 5 years with diagnosis of low weight, seen at the unit between 2007 and 2008. An interview was performed with the caregiver. Growth Curves published by the World Health Organization in 2006 were used. **Results:** The sample consisted of 10 children, predominantly female (70%), aged between 3 months to 3 years at diagnosis, with an average of 16.3 months (SD 12.3). The follow-up after diagnosis ranged from 1 to 45 months, and 40% had less than 6 months of follow-up; there was wide variation in the number of visits after diagnosis (3 to 21). The prevalence of anemia among children in the study was 40%. Referrals to other professionals occurred in 50% of cases, and 30% were referred to programs of income transfer. No other activities, such as home visits or groups, were performed. 30% of children diagnosed as underweight did not have criteria for this diagnosis. Among children under 5 years seen in this health unit between 2007 and 2008, the prevalence of underweight was 4%. **Conclusions:** The prevalence of anemia in children in this study is not higher than in the general population. Management of low weight children in the unit can be further optimized, making use of resources such as home visits, group activities, referrals to other professionals and to programs of income transfer. It seems necessary training staff for correct recognition and handling of cases of low weight, looking for a padronization of management for these patients, without disregarding the individual characteristics. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):22-30)

Key words: low weight, children with low weight, primary care unit

*Médica de família e comunidade.

**Médico de família e comunidade. Prof. Titular de Saúde Coletiva da UFSCPA, Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da ULBRA, Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde Pública.

***Nutricionista, especialista em Saúde Pública.

Endereço : Rua Ellane Souza Rosa, 248 - Eldorado do Sul / RS - CEP 9572000

INTRODUÇÃO

O contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde. O acompanhamento sistemático do crescimento da criança constitui o eixo central desse atendimento⁽¹⁷⁾, e os índices antropométricos são utilizados como o principal critério desse acompanhamento⁽¹²⁾. O médico de família, em sua prática, frequentemente depara-se com alteração do crescimento em crianças e, embora consultas regulares no primeiro ano de vida sejam preconizadas⁽¹²⁾, algumas vezes estes distúrbios de crescimento são diagnosticados apenas mais adiante.

Eventualmente surgem dúvidas com relação à correta avaliação destes casos. As dúvidas surgem desde os critérios de diagnóstico, uma vez que tem ocorrido constante atualização dos padrões internacionais das curvas de crescimento, até o manejo, sendo que algumas vezes as crianças nas quais não há anormalidade após a primeira investigação médica podem permanecer sem outras intervenções.

O baixo peso é diagnosticado através dos dados de peso e altura, colocados em curvas de referência baseadas em percentis de crescimento. As curvas mais utilizadas são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para crianças menores de 10 anos, os índices utilizados são: peso/idade, altura/idade, peso/altura e IMC⁽¹⁴⁾. Essa indicação baseia-se no conhecimento de que a discrepância entre as necessidades fisiológicas e a ingestão de alimentos causa alterações físicas nos indivíduos, desde o sobrepeso até a obesidade, além de quadros de desnutrição⁽¹²⁾.

Na unidade de saúde, é indispensável a identificação da criança de risco ao nascer⁽¹⁶⁾. A identificação de um ou mais fatores de risco, tais como: baixo peso ao nascer (menor de 2500g), baixa escolaridade materna (menos de 8 anos de estudo), idades maternas extremas (<19 anos e >35 anos), gemelaridade, intervalo intergestacional curto (inferior a dois anos), criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de 5 anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar exigem um acompanhamento especial, pois aumentam a probabilidade da existência de doença perinatal e infantil⁽¹⁷⁾.

O déficit no crescimento é um importante fator implicado em morbidade e mortalidade em crianças. Aceita-se que desnutrição leva a uma maior incidência de diarreia, e há pouca dúvida que

as crianças desnutridas tendem a ter episódios mais severos, assim como o risco de pneumonia é maior. Tem-se estudado também a associação entre mortalidade aumentada e severidade dos déficits antropométricos^(2, 3, 4). Das 11,6 milhões de mortes entre crianças abaixo de 5 anos em 1995 nos países em desenvolvimento, 54% foram associadas à desnutrição^(2, 5).

Estimativas do United Nations Children's Fund (Unicef) para o ano de 1998 dão conta de que 55% dos óbitos infantis registrados nos países em desenvolvimento estão associados à desnutrição e à alimentação inadequadas. Segundo os mesmos estudos, a desnutrição energético protéica agrava o curso das doenças, prolonga o tempo de internação e resulta em seqüelas para o desenvolvimento mental das crianças⁽¹⁸⁾.

Segundo dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (1997), a prevalência de baixo peso em pré-escolares no Brasil é de 5,4% entre as meninas e 5,9% entre os meninos - no total, a prevalência fica em 5,7%⁽²⁾. Segundo dados publicados no relatório sobre o SISVAN (2007)⁽¹⁰⁾, a prevalência de crianças com baixo peso para a idade ($P < 3$) no Rio Grande do Sul é de 4,05%, sendo menor que a prevalência no Brasil, que é de 7,9%. As crianças com baixo peso para estatura têm prevalência de 3,2% no estado, e de 6,1% no país. É importante ressaltar que uma situação aceitável seria de uma prevalência inferior a 2,3%⁽¹⁰⁾.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 traçou um perfil da população de mulheres em idade fértil e crianças menores de 5 anos. A desnutrição no Brasil teve uma redução de 50% nos últimos 10 anos, saindo de um patamar de 13% para 7% (ao se comparar os valores da PNDS 2006 com a realizada em 1996). Nas regiões Sul e Sudeste do país, os valores permaneceram estáveis, em torno de 7%. Apenas 1,5% da população brasileira de menores de 5 anos apresentou déficit de peso em relação à altura⁽¹¹⁾.

Sabe-se que a antropometria é de fácil realização no nível primário, já incorporada à rotina dos serviços⁽¹⁾, e o baixo peso é uma condição potencialmente vulnerável à ação do médico de família e equipe de saúde. Considerando também a importância do estado nutricional e o impacto do peso em questões de morbidade e mortalidade em crianças, é imprescindível que este assunto seja estudado em maior profundidade dentro do serviço. Neste contexto, faz-se necessária a avaliação do manejo adotado nestes casos na unidade de saúde.

Este estudo objetiva investigar as características do atendimento das crianças de baixo peso

em uma unidade de saúde, e descrever suas características sociodemográficas e fatores de risco.

MÉTODOS

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde Divina Providência, do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, sendo um estudo de casos descritivo, com amostragem consecutiva. Foram revisados os prontuários de 300 pacientes cadastrados na unidade, atendidos entre 2007 e 2008, menores de 5 anos de idade no atendimento. Dentre estas, 14 foram diagnosticadas como baixo peso em algum momento do acompanhamento na unidade. Duas delas não foram incluídas por terem tido diagnóstico no ano de 2009; outras duas não entraram no estudo, pois não consultaram após o diagnóstico. Ao final, foram coletados os dados de 10 pacientes. Os dados que não puderam ser coletados do prontuário foram coletados durante visita domiciliar, em entrevista com o cuidador da criança, na qual foram assinados os termos de consentimento informado e foi disponibilizada consulta agendada para revisão. As entrevistas foram realizadas por uma residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Quanto à análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva (média e desvio padrão para variáveis contínuas e percentual para variáveis categóricas).

O índice peso/idade expressa a massa corporal para a idade cronológica. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado no Cartão da Criança. Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo; porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos pregressos ou crônicos ⁽¹²⁾. O índice altura/idade expressa o crescimento linear da criança. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população ⁽¹²⁾. Os índices peso/comprimento (menores de 2 anos) e peso/estatura (maiores de 2 anos) dispensam a informação da idade e expressam a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura ^(12, 29).

A Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde considera risco nutricional um índice peso/idade entre os percentis 3 e 10, e baixo peso para a idade um índice abaixo do percentil 3 ^(14, 17). Segundo o Center for Disease Control (CDC), um índice peso para estatura em percentil menor que o 5 ($P < 5$) é considerado baixo peso ⁽⁸⁾. As curvas utiliza-

das no estudo são as publicadas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 ⁽²⁸⁾.

As variáveis analisadas incluem características das crianças acompanhadas e fatores ambientais – sexo, idade ao diagnóstico, tipo de cuidador, peso ao nascer, idade gestacional, idade materna ao nascimento, escolaridade materna, morte de menor de 5 anos na família, renda per capita na casa, planejamento da gestação, gemelaridade, intervalo intergestacional, número de consultas no pré-natal, imunizações, tempo de amamentação exclusiva e mista, presença de doenças prévias ao diagnóstico, condições de moradia, peso e estatura iniciais e finais, percentis de peso, estatura e peso por estatura iniciais e finais. Sobre o acompanhamento, foram analisados os seguintes dados – tempo de acompanhamento após o diagnóstico, quantidade de consultas, realização de orientação nutricional, realização de exames complementares, resultados de exames complementares, doenças diagnosticadas durante o acompanhamento, encaminhamento a outros profissionais, encaminhamento a programa de transferência de renda e outras intervenções.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição em março de 2009.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 10 crianças, predominantemente do sexo feminino (70%), com idades entre 3 meses e 3 anos ao diagnóstico, com média de 16,3 meses (desvio padrão 12,3). O peso ao nascimento variou entre 1310 e 3660g, sendo duas crianças com baixo peso ao nascer (menor de 2500g). A idade materna ao nascimento variou de 15 a 29 anos, e a idade gestacional entre 31 e 41 semanas, com dois casos de parto prematuro (31 e 36 semanas). Com relação ao número de consultas no pré-natal, três das mães (30%) tiveram menos de 7 consultas. Duas crianças (20%) foram amamentadas exclusivamente por mais de 6 meses (8 e 10 meses), e uma (10%) não foi amamentada. Não houve gemelares e as imunizações estavam em dia em todas as crianças no momento do estudo. Também não ocorreu mortes em menores de 5 anos nas famílias destes pacientes. Apenas 3 crianças tiveram a gestação planejada pela família (30%).

Sobre a estrutura das residências, todas dispõem luz elétrica, água potável, e banheiro com chuveiro. A renda mensal per capita variou de 100 a 500 Reais, com média de 188,50 Reais (desvio padrão 115,07). A escolaridade materna ficou entre 2 e

11 anos de estudo, com média de 7,4 anos (desvio padrão 3,5). As características da população estudada são mostradas na Tabela I. Entre as crianças

menores de 5 anos atendidas entre 2007 e 2008, a prevalência de baixo peso foi de 4%.

Tabela I: Características da população

	n	Media (Desvio Padrão) ou %
Sexo		
Feminino	7	70%
Idade ao diagnóstico (meses)	10	16,3 (12,33)
Peso ao nascimento (gramas)	10	2819,5 (630,96)
Idade gestacional (semanas)	10	37,6 (2,87)
Idade materna (anos)	10	22,6 (4,24)
Nº consultas de pré-natal	10	7,2 (2,65)
Escolaridade materna (anos)	10	7,4 (3,5)
Renda per capita (Reais)	10	188,5 (115,07)
Intervalo intergestacional (meses)	6	44 (29,07)
Amamentação (meses)		
Exclusiva	9	5,78 (2,28)
Mista	5	26,2 (15,63)
Cuidador		
Mãe ou pai	9	90%
Outro familiar	-	
Não familiar	1	10%
Planejamento da gestação		
Sim	3	30%
Estrutura da casa		
Com banheiro	10	100%
Com chuveiro	10	100%
Com água potável	10	100%
Com luz elétrica	10	100%

O tempo de acompanhamento após o diagnóstico teve grande variação, entre 1 e 45 meses, sendo que 4 crianças (40%) tiveram acompanhamento menor de 6 meses; grande variação também é constatada no número de consultas após o diagnóstico (3 a 21 consultas). Orientação nutricional geral foi realizada em 90% dos casos.

Entre as doenças diagnosticadas previamente ao diagnóstico de baixo peso, observamos anemia (2 casos), infecção urinária baixa (1 caso), infecção de vias aéreas superiores (3 casos), gastroenterite aguda (1 caso), asma ou bronquiolite (2 casos), parasitose intestinal (2 casos), varicela (1 caso). Após o diagnóstico de baixo peso e investigação adicional, diagnosticou-se anemia em mais 4 pacientes, sendo que 2 destes casos apresentavam hemoglobina maior que 11mg/dl. Todos os casos diagnosticados como anemia foram tratados com sulfato ferroso em dose terapêutica. Outras patologias diagnosticadas incluem infecção urinária baixa (1 caso), infecção de vias aéreas superiores (6 casos), asma (3 casos), parasitose intestinal (5 casos), sopro sistólico inocente (1 caso), agenesia renal com refluxo vesico-ureteral (1 caso), e varicela (1 caso). Considerando os dados acima e o ponto de corte de hemoglobina de 11mg/dl, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a prevalência de anemia entre as crianças do estudo foi de 40%.

Entre os exames solicitados para avaliação, além de hemograma completo, (solicitado em 90% dos casos), exames de urina (solicitados em 90%), e exame parasitológico de fezes (solicitado em 20%), foram realizados poucos exames adicionais, que incluíram TSH, T4 livre, T3, contagem de reticulócitos, ferro sérico, ferritina sérica, glicemia de jejum, sódio, e potássio, todos dentro dos valores da normalidade conforme as referências do laboratório do Hospital Conceição. Apenas uma das crianças foi investigada para hipotireoidismo, e outra para toxoplasmose (IgG e IgM não reagentes) e citomegalovírus (IgG reagente). As alterações ao exame comum de urina incluíram: esterase leucocitárias com 8 leucócitos por campo, traços de proteínas, e corpos cetônicos, porém com uroculturas negativas. Em dois casos foi solicitada urocultura sem exame comum de urina.

Quanto aos encaminhamentos, houve 4 encaminhamentos para pediatra, 1 para outro médico especialista, 2 para assistente social e 1 para psicólogo. Apenas 3 pacientes foram encaminhados a programas de transferência de renda, sendo 2 para o programa bolsa-família e 1 para complementação alimentar (CRAS-LESTE). Nenhuma intervenção adicional, como busca ativa ou participação em grupos, foi realizada. Os dados relacionados ao manejo estão na Tabela II.

Tabela II: Características do acompanhamento das crianças menores de 5 anos com diagnóstico de baixo peso atendidas entre 2007 e 2008 na unidade de saúde Divina Providência.

	n	Média (desvio padrão) ou %
Tempo de acompanhamento (meses)	10	13,7 (14,4)
Número de consultas	10	8,6 (6,9)
Orientação nutricional	9	90%
Exames complementares	10	100%
Hg	9	10,78 (1,64)
Htc	9	33,44 (3,17)
VCM	9	74,56 (8,93)
EQU	7	
alterado	3	30%
UCA	9	
alterado	1	10%
EPF	2	
alterado	1	10%
Outros	4	
Encaminhamento a outro serviço ou profissional	5	50%
Programa de transferência de renda	3	30%
Outras intervenções	-	0

Tabela III: Medidas de peso e estatura das crianças menores de 5 anos com diagnóstico de baixo peso atendidas entre 2007 e 2008 na unidade de saúde Divina Providência e respectivos percentis.

	N	Média (DP)	Percentil*
Peso (g)			
Inicial	10	8699,5 (2494,5)	11,2 (9,2)
Final	10	11134,5(2631,5)	21 (15,1)
Estatura (cm)			
Inicial	10	76,4 (11,7)	35,2 (24,6)
Final	9	84,6 (11,9)	24,4 (21,3)
Peso/estatura			
Inicial	10	11 (9,4)	
Final	8	31,3 (21,9)	

*OMS, 2006

Conforme as curvas de crescimento publicadas pela OMS em 2006, 3 das 10 crianças diagnosticadas como tendo baixo peso inicialmente e manejadas para isso não têm critérios para este diagnóstico. Entre as crianças que, pelas curvas atuais são consideradas como baixo peso ao início do tratamento, ocorreu recuperação do peso em 3 delas, ou seja, apresentavam-se sem critérios para diagnóstico de baixo peso na última consulta registrada. A Tabela III mostra as médias e desvios padrão para medidas de peso, comprimento ou estatura, e respectivos percentis, segundo as curvas da OMS de 2006 ⁽²⁸⁾.

DISCUSSÃO

Um dos dados que mais chamam a atenção é que 30% das crianças incluídas no estudo, diagnosticadas e manejadas por baixo peso, não preenchiam critérios diagnósticos quando utilizadas as curvas de crescimento publicadas em 2006 pela OMS. Isto provavelmente deve-se ao fato de que todas as medidas antropométricas registradas nos prontuários destas crianças foram analisadas com as curvas lançadas no ano 2000. As curvas de 2000 do representam a versão revisada das curvas de 1977. Porém, em 2006 foram lançadas, pela OMS, as novas Curvas para Avaliação do Crescimento da Criança de 0 a 5 anos, mais atualizadas em relação às anteriores.

No presente estudo, percebe-se inicialmente uma prevalência de 60% de anemia, baseando-se nos diagnósticos registrados em prontuário. Porém, considerando-se que a maioria dos estudos sobre anemia em crianças usa o ponto de corte da hemoglobina, definido pelo Ministério da Saúde, de 11,0

g/dl, esta prevalência cai para 40%. Não há dados disponíveis sobre a prevalência de anemia em crianças de baixo peso no Brasil. Em estudo realizado em Porto Alegre com crianças de 0 a 36 meses de idade que freqüentam escolas municipais, encontrou-se uma prevalência de anemia de 47,8% entre toda a população estudada, cujos determinantes foram: famílias com renda per capita igual ou inferior a um salário-mínimo, faixa etária de 12 a 23 meses e presença de dois ou mais irmãos com menos de cinco anos ⁽²⁰⁾. Em estudo de 1994, em crianças atendidas nas unidades de saúde de São Paulo, detectou-se que 59,1% das crianças eram anêmicas ⁽²¹⁾. A prevalência de anemia encontrada em estudo realizado em São Leopoldo, RS, foi de 63,7% ⁽³⁰⁾. Em estudo realizado em Minas Gerais, a prevalência de anemia ferropriva nas 204 crianças estudadas, de 6 a 12 meses, foi 60,8%, e 55,6% dos casos de anemia eram graves ⁽²²⁾. Percebe-se que a prevalência de anemia nas crianças de baixo peso do presente estudo não é maior que a prevalência de anemia na população geral, conforme os dados da literatura.

Neste estudo, todas as mães possuíam no mínimo dois anos de escolaridade, sendo que 40% delas haviam concluído o ensino médio. Nenhuma possuía mais de 11 anos de estudo. A escolaridade materna tem se mostrado, na literatura, como um fator de grande influência no estado nutricional das crianças menores de cinco anos. As maiores prevalências de desnutrição infantil foram encontradas entre as mães com baixa escolaridade, enquanto as maiores prevalências de sobrepeso e obesidade infantil estavam entre as crianças cujas mães tinham maior escolaridade, segundo dados do PNDS 2006 ⁽¹¹⁾.

Observa-se que duas crianças foram amamentadas exclusivamente além dos 6 meses de

idade, embora as mesmas não tenham apresentado anemia durante o acompanhamento. Segundo o manual dos 10 passos para a alimentação saudável do Ministério da Saúde, é recomendada a introdução de alimentação complementar a partir dos 6 meses (passo 2). Após os 6 meses de idade, o uso exclusivo de leite materno não supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo necessária a introdução de alimentos complementares, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais (24,25,26).

O tempo de acompanhamento e número de consultas variou consideravelmente no presente estudo, e ainda hoje não há uma recomendação específica para estas questões. A criança considerada em risco (peso para a idade entre os percentis 3 e 10) deve ter acompanhamento mensal pela equipe de saúde, controle de peso, altura, avaliação clínica, grupos, busca ativa e orientação nutricional (16). A criança já desnutrida (peso para idade inferior ao percentil 3, ou peso para estatura inferior ao percentil 5) deve ter acompanhamento quinzenal, além das intervenções já citadas (16). Entre as crianças deste estudo, não houve acompanhamento quinzenal em nenhum caso, sendo que em dois casos foram feitas consultas mensais, porém por menos de 6 meses. O tempo de acompanhamento também foi considerado insuficiente em 4 casos (40%), com menos de 6 meses. Os motivos da perda do acompanhamento não foram revisados neste estudo. O estudo reflete o atendimento individual realizado em consultório. A partir desses resultados, recomenda-se realizar intervenções de busca ativa, visitas domiciliares ou grupos educativos com as crianças de baixo peso.

Durante a revisão dos prontuários, observou-se que muitas das consultas não apresentavam medidas de peso e/ou de estatura, principalmente essa última. Também percebe-se que dificilmente é usado o índice de peso para estatura, que consiste em um dos critérios para diagnóstico de baixo peso. Estas questões poderiam ser mais enfatizadas no treinamento da equipe de saúde. Até o momento, a maioria dos protocolos recomenda fazer a aferição – e a plotagem em curvas de referência apropriadas – do peso, da estatura e do perímetro cefálico, em todas as consultas até os 2 anos de idade. Entre os 2 e os 6 anos, recomendam aferir e plotar o peso e a estatura anualmente (23).

Atualmente, não há informação suficiente para dizer com confiança se o monitoramento do crescimento de rotina em crianças saudáveis é benéfica à saúde da criança. Logo, não é claro se os

profissionais de saúde deveriam acessar estas medidas ativamente em intervalos definidos arbitrariamente. As práticas em uso parecem estar baseadas na opinião de que o investimento nesta atividade traz benefícios e não causa dano. Não há evidências para apoiar ou refutar esta hipótese (31).

Poucas crianças com diagnóstico de baixo peso tem sido encaminhadas ao Serviço Social na tentativa de acessar programas de transferência de renda. Programas como o Bolsa Família têm desempenhado um papel fundamental no processo de inclusão econômica e social (19). É papel das equipes de saúde e do município a identificação da necessidade e priorização do atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis (16). O Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde: "Bolsa-Alimentação", instituído pela Medida Provisória n.º 2.206-1 de 6 de setembro de 2001, é um instrumento de participação financeira da União na complementação da renda familiar e destina-se à promoção de melhores das condições de saúde e nutrição (18).

Visando a melhoria do atendimento aos casos de baixo peso em crianças, conforme o que foi discutido anteriormente, seria necessária a realização de capacitação da equipe para o manejo, levando a uma padronização do atendimento, sem é claro desconsiderar as particularidades de cada caso. É fundamental atualizar e padronizar as curvas de crescimento utilizadas na unidade de saúde estudada, a fim de identificar corretamente os casos de baixo peso em crianças, possibilitando uma intervenção adequada. Os encaminhamentos a outros profissionais, em especial o serviço social, considerando-se o contexto da comunidade desta unidade de saúde, são sub-utilizados, devendo-se atentar a esta possibilidade de trabalho conjunto durante o manejo destas crianças. É importante lembrar que, nestes casos, é necessária uma ação integral, considerando-se a complexidade de alguns deles. Aqueles com comorbidades estão associados com manejo mais complexo e piores desfechos clínicos (32).

Na unidade de saúde onde foi realizado o estudo, a orientação nutricional foi realizada pelo médico, sem apoio da nutrição, já que houve registro de apoio matricial ou encaminhamento a este profissional. Quanto à esta orientação, parte fundamental do tratamento, sugere-se uma padronização, com a ajuda do serviço de nutrição, das orientações nutricionais nos casos de baixo peso em crianças, com material impresso para disponibilizar às mães. Além do incentivo ao aleitamento materno, a equipe de saúde deve estar preparada para orientar a

transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos (início do desmame), por se tratar de um momento crítico, em que os distúrbios nutricionais acontecem ⁽¹⁶⁾. A recomendação de orientação nutricional é ainda mais importante quando consideramos que, nas diferentes regiões do Brasil, a cultura popular ainda preserva tradições e práticas alimentares errôneas sobre o valor nutritivo, propriedades terapêuticas, indicações ou interdições de alimentos ou de suas combinações ⁽¹⁵⁾.

Visitas domiciliares parecem ser alternativas para a retomada do acompanhamento e do vínculo nos casos em que este foi interrompido, e os grupos seriam uma ferramenta a mais na educação e orientação nutricional. Neste estudo, durante a entrevista com o cuidador, foi disponibilizada uma consulta de revisão junto à unidade de saúde, o que possibilitou esta retomada e revisão da condição de saúde atual destas crianças.

Atitudes básicas para a prevenção de anemia devem ser tomadas com todas as crianças, com ou sem baixo peso, e incluem a promoção do aleitamento exclusivo até os 6 meses, diversificação dos alimentos complementares, suplementação medicamentosa de ferro, fortificação de alimentos com ferro e educação alimentar da população. A essas estratégias, deve-se somar a prevenção de doenças em geral e o controle das parasitoses intestinais ⁽²⁰⁾. Recomenda-se o uso universal de suplementos de ferro na dose de 2 mg/kg de peso ao dia, para todas as crianças de 6 a 23 meses de idade residentes em países nos quais a prevalência de anemia é > 40% ^(29, 30).

O presente estudo apresenta, como limitação, o tamanho da amostra. Ainda assim, possibilita uma avaliação da qualidade da atenção à criança com baixo peso na unidade.

CONCLUSÃO

Apesar do estudo ter sido realizado numa comunidade vulnerável, o número de crianças diagnosticadas com baixo peso não foi muito elevado. No entanto, o manejo das crianças de baixo peso na unidade pode ser intensificado e otimizado, uma vez que muitos recursos não estão sendo utilizados, apesar de estarem disponíveis. Estes incluem visitas domiciliares, atividades em grupo, encaminhamentos a outros profissionais dentro e fora da equipe e a programas de transferência de renda.

É necessária capacitação da equipe para reconhecimento e manejo adequados dos casos de baixo peso. Sugere-se uma atualização, com ajuda do serviço de nutrição, buscando a padronização do

atendimento a estes pacientes, sem, é claro, desconsiderar as particularidades individuais.

REFERÊNCIAS

1. SIGULEM, D. M.; et al. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*, vol. 76, supl. 3, pg. 275-284, 2000.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. Geneva, 1997.
3. TOOLE, M.J., MALKKI, R.M. Famine-affected refugee and displaced populations: Recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1992;41:1-25.
4. PELLETIER, D. Relationships between child anthropometry and mortality in developing countries. Monograph 12, Cornell Food and Nutrition Policy Program. Ithaca: Cornell University Press, 1991.
5. BAILEY, K.; et al. Protein-energy malnutrition. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Malnutrition and the Burden of Disease: the global epidemiology of protein-energy malnutrition, anemias and vitamin deficiencies*. Vol 8. The Global Burden of Disease and Injury Series. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
7. 2000 CDC Growth Charts: United States. National Center for Health Statistics. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts/>. Acessado em 09-09-08.
8. CDC. Use and interpretation of the CDC growth charts. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts/>. Acessado em 09-09-08.
9. LEGLER, J. D.; LEWIS, C. R. Assessment of abnormal growth curves. *American Family Physician*, 1998; 58(1):153-8.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório sobre Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) módulo de gestão. Programa Bolsa Família na Saúde. 2º. Semestre de 2007. Estado do Rio Grande do Sul, 2008.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília, 2008.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN. Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2004.

13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Brasília, 1989.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003.
16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004.
17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde de criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11. Brasília, 2002.
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa alimentação saudável: bolsa-alimentação. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 1ª. ed. Brasília, 2002
19. BRASIL. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, setembro de 2007.
20. SILVA L.S.M. da et al. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):66-73
21. TORRES, M.A.A. et al. Anemia em crianças menores de dois anos atendidas nas unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 28(4), 1994
22. SILVA, D.G. et al. Anemia ferropriva em crianças de 6 a 12 meses atendidas na rede pública de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Nutr., Campinas*, 15(3):301-308, set./dez., 2002
23. BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidência. *Jornal de Pediatria* - Vol.79, Supl.1, 2003
24. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
25. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>>. Acesso em: 17/07/2009.
27. SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms>. Acesso em: 20/10/2009.
28. The WHO Child Growth Standards. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> - Acesso em: 20/10/2009.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Classificação do Estado Nutricional. disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/sisvan_norma_tecnica_crianças.pdf> Acesso em 20/08/2009.
30. VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A. Biodisponibilidade do ferro como fator de proteção contra anemia entre crianças de 12 a 16 meses. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 33-38, jan./fev. 2007.
31. GARNER P, et al. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Arch Dis Child* 2000;82:197-201.
32. VALDERAS JM, et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009 Jul-Aug;7(4):357-63.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE RECÉM-NASCIDOS COM GASTROSQUISE E ONFALOCELE INTERNADOS EM UMA UTI NEONATAL

Epidemiologic Characteristics Of Newborns With Gastroschisis And Omphalocele, Institutionalized In A Neonatal Icu

Alana Piccoli*, Cátia Rejane S. Soares**, Josiele Larger Silveira***, Marciane Pesamosca Fiatt****

RESUMO

Objetivo: Descrever as características epidemiológicas de recém-nascidos (RN) com gastrosquise e onfalocele. **Metodos:** Estudo retrospectivo documental com pesquisa de dados nos prontuários de todos os RN admitidos numa UTI Neonatal no período de abril de 2006 a maio de 2010. **Resultados:** obteve-se 41 RN, 37 com gastrosquise e 4 com onfalocele, a média da idade gestacional (IG) foi $36,2 \pm 2,2$, a média de peso ao nascimento foi de $2,347 \pm 483,4$ gramas; a taxa de óbitos foi de 9 (22,5 %), 14 (34,14%) apresentaram malformações associadas, 11 (26,8%) nasceram de parto vaginal, 27 (65,9%) das mães eram primigestas. A mediana do tempo de internação foi de 30 dias. Obteve-se associação significativa entre o tempo de internação, tempo de NPO e tempo de nutrição parenteral (NPT) com $p < 0,01$. **Conclusão:** Salientamos a importância do diagnóstico precoce para casos de malformações fetais proporcionando uma adequada assistência para um melhor prognóstico desses bebês. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):31-36)

Descritores: gastrosquise, onfalocele, neonatos.

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiologic characteristics of newborns with gastroschisis and omphalocele. **Methods:** Documental retrospective study using data from the medical charts of newborns institutionalized in a Neonatal Intensive Care Unit (ICU), in the period from April 2006 to May 2010. **Results:** 41 newborns were obtained: 37 with gastroschisis and 4 with omphalocele. The average gestational age was 36.2 ± 2.2 ; the average weight at birth was 2.347 ± 483.4 grams; the death rate was 9 (22.5%); 14 (34.14%) presented related malformations; 11 (26.8%) were born by vaginal delivery, 27 (65.9%) mothers were primigravida. The institutionalization period median was 30 days. Significant association between the institutionalization period, the NPO period and the NPT period was obtained with $p < 0.01$. **Conclusion:** it is worth highlighting the importance of the early diagnosis of fetal malformation cases to provide a proper care for a better prognostic of these babies. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):31-36)

Key words: gastroschisis, omphalocele, neonates

* Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ênfase Atenção ao Paciente Crítico.

** Médica Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente da UFRGS, Porto Alegre-RS. Chefe da UTI Neonatal do HCC

*** Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardio-respiratória. Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) de o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ênfase Terapia Intensiva.

**** Fisioterapeuta da UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição (HCC). orientadora de campo no Programa de Residência Integrada(RIS) do Grupo Hospitalar Conceição -

Endereço para correspondência:

Marciane Pesamosca Fiatt

Av. Grécia 1100/703 - Passo d'areia, Porto Alegre - CEP: 91350-070

Fone : 81541869 - E-mail: ftmarciane@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A gastrosquise juntamente com a onfalocele representam os mais graves defeitos congênitos da parede abdominal sendo que sua prevalência combinada é de aproximadamente 1:2.000 a 3.000 nascidos vivos ⁽¹⁾.

A incidência da gastrosquise na América Latina é estimada em 2 a 4 para cada 10.000 nascidos vivos e vem aumentando nas últimas décadas, ultrapassando a da onfalocele, que vem se mantendo igual. ⁽¹⁻²⁻³⁾ A gastrosquise é um defeito na parede abdominal anterior, paraumbilical e geralmente à direita, ocorrendo evisceração de órgãos abdominais (alças intestinais e, mais raramente, estômago) sem a presença de membrana recobrimo-as. ⁽⁴⁾ A inserção do cordão umbilical na parede abdominal fetal apresenta-se normal. ⁽⁴⁾ A frequência de anomalias associadas à gastrosquise é de 15%, sendo as mais comuns: criptorquidia, artrogripose múltipla congênita, divertículo de merckel e malformações cardíacas. ⁽¹⁾

Os bebês com gastrosquise têm frequentemente o fardo de prematuridade e baixo peso ao nascer sobreposta a seu defeito da parede abdominal e no intestino extrudado. Recém-nascidos(RN) com estes problemas são propensos à hipotermia, desidratação e sepsis. Retardo do crescimento intra-uterino pode ocorrer devido a perda de proteínas pelo intestino exposto, oligoidrânio, sofrimento fetal, asfixia ao nascer são fatores de risco adicionais em bebês com gastrosquise. A mortalidade é baixa, em países desenvolvidos, chegando a 90% de sobrevivência em longo prazo, entretanto nos países em desenvolvimento, estudos recentes têm demonstrado uma piora na sobrevivência destes pacientes, chegando a 53% de mortalidade até o primeiro ano de vida. ^(5,6)

Sua etiopatogenia ainda é desconhecida e várias teorias têm sido propostas, associando agentes exógenos a um aumento de sua incidência, porém, nenhum deles foi confirmado como causa, mas vários fatores de risco foram sugeridos, tais como: uso de medicação ou drogas com propriedades vasoativas durante o primeiro trimestre de gestação, como ácido acetilsalicílico, anticoagulantes orais, consumo de álcool em altas doses, tabagismo materno, cocaína e outras drogas ilícitas, uso de broncodilatadores. ⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾

Onfalocele é um defeito da parede abdominal na inserção do cordão umbilical com herniação de órgãos abdominais. Apresenta uma incidência de 2,5 em 10.000 nascidos vivos. O defeito é caracterizado pela ausência dos músculos abdominais, fás-

cia e pele, coberto por uma membrana avascular, formando uma hérnia. Sua embriogênese é controversa. Em casos de onfalocelos extensas, nas quais há herniação do fígado e alças intestinais, o defeito pode resultar da interrupção no desenvolvimento dos folhetos laterais e de falha no fechamento da parede, por volta da terceira ou quarta semana de vida embrionária. Nas onfalocelos pequenas, em que somente as alças intestinais estão herniadas, o defeito pode ser resultante de uma falha nos estágios finais de fechamento dos folhetos laterais. ⁽⁹⁾

A etiologia da onfalocele é também desconhecida, embora, as anomalias cromossômicas (fatores genéticos), os teratógenos (fatores ambientais) e a herança multifatorial (genética e ambiental) são agentes etiológicos melhor identificados. ⁽¹⁰⁾

O Objetivo deste trabalho foi descrever as características epidemiológicas de recém-nascidos com gastrosquise e onfalocele internados em uma UTI Neonatal.

MÉTODOS

Este estudo é uma pesquisa do tipo quantitativa, consecutiva, descritiva e retrospectiva documental, realizada com recém-nascidos com diagnóstico de gastrosquise e onfalocele internados no período de abril de 2006 a maio de 2010 (4 anos). O cenário do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital da Criança Conceição (HCC), localizado no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. O hospital conta atualmente com 30 leitos de Terapia Intensiva.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição pelo número 10800.

Foram incluídos no estudo todos os recém-nascidos com diagnóstico de gastrosquise e onfalocele internados na UTIN no período do estudo.

Para a coleta de dados foi utilizado um protocolo, elaborado pelas pesquisadoras, contendo as variáveis a serem analisadas no estudo, sendo essas obtidas diretamente nos prontuários de cada paciente localizados através de um relatório emitido pelo sistema "terminal" do hospital por diagnóstico de alta.

A análise estatística foi realizada através do programa SSPS 6.0, utilizou-se a análise descritiva para variáveis categóricas (sexo, onfalocele, gastrosquise) onde será apresentado o percentual. Para variáveis contínuas utilizou-se a média e desvio padrão, e para as variáveis assimétricas utilizou-se a mediana e os percentis 25-75. Para correlacionar

as variáveis foi utilizado o teste não paramétrico de Spearman's.

Tabela I: Tipo de malformações em recém-nascidos com defeito da parede abdominal em 4 anos no HCC

MALFORMAÇÃO		ÓBITOS
GASTROSQUISE	37(90,2 %) [°]	7
ONFALOCELE	4(9,76 %) [°]	1
MALFORMAÇÕES ASSOCIADAS	14(34,14%) [°]	1

[°] Porcentagem

Tabela II: Caracterização da amostra

VARIÁVEIS	RESULTADOS
Idade Gestacional (IG) semanas	36,2 ± 2,2 [*]
Via de parto	
Vaginal	26,8 % [°]
Cesário	73,2 % [°]
Peso ao nascimento (PN)	2347,4 ± 483,4 [*]
APGAR	
1º minuto	8 (5-8) [†]
5º minuto	9 (8,2-9) [†]
Sexo	
Masculino	48,8 % [°]
Feminino	52,2 % [°]
Local de nascimento	
Na instituição	58,54%
Outras instituições	41,46%

^{*} Média e desvio padrão, [°] porcentagem, [†] mediana e percentil (25-75)

Tabela III: Número de gestações e idade das mães dos recém-nascidos com gastrosqui-se e onfalocele internados no HCC no período de 4 anos

VARIÁVEIS	RESULTADOS
PRIMIGESTA	27 (65,9 %) [°]
SECUNDIGESTA	7 (17,1 %) [°]
TERCIGESTA	4 (9,8 %) [°]
IDADE DA MÃE	20,3 ± 4,9 [*]
IDADE ≤ 20 ANOS	24 (71,8 %) [°]
IDADE ≤ 23 ANOS	25 (60,9%) [°]

^{*} Média e desvio padrão, [°] porcentagem.

RESULTADOS

No período de 01/04/2006 à 31/05/2010 estiveram internados na UTI Neonatal do HCC 41 casos de recém-nascidos com defeitos no fechamento da parede abdominal anterior, sendo a gastrosquise a mais freqüente com 37 casos e apenas quatro casos de onfalocele e observando que a partir de agosto de 2006 até o final do período de estudo não internou nenhum caso de recém-nascidos com diagnóstico de onfalocele (tabela I). Todos os recém-nascidos com gastrosquise realizaram correção cirúrgica do defeito abdominal, utilizando o silo. 21 recém-nascidos eram do sexo feminino e 20 do sexo masculino; 36 (87,8%) eram da raça branca e o restante de outras raças, sendo um da indígena; 14 (34,1%) eram PIG (pequeno para a idade gestacional). A média da idade gestacional (IG) foi de $36,2 \pm 2,2$ sendo que 22(53,7%) eram prematuros (IG<37 semanas); a média de peso ao nascimento foi de $2,347 \pm 483,4$ gramas (tabela II), sendo que 26(63,4%) tinham peso ao nascimento menor que 2.500g conforme tabela IV.

Nove recém-nascidos foram a óbito (21,95%), sendo que 01(um) em poucas horas após nascimento e todos os demais tiveram sepse como complicação, a média de vida destes bebês foi de $17 \pm 3,2$ dias. Quanto à procedência 24 recém-nascidos (58,5 %) eram da região metropolitana de Porto Alegre e os demais de outras diversas regiões do Estado. Apresentaram malformações associadas 14 (34,14%) dos recém-nascidos, sendo a mais comum

encontrada a malformação cardíaca que ocorreu em 50% dos casos de malformados.

Quanto ao tipo de parto 11(26,8%) nasceram de parto vaginal 30 (73,2%) de cesárea. 27 (65,9%) das mães eram primigesta, 7 (17,1%) eram secundigesta e 4 (9,8%) eram tercigesta. Quanto ao acompanhamento pré-natal, 2 mães não fizeram pré-natais; 8 mães (21,6%) tinham pré-natal insatisfatório (número de consultas inferior a 4) e 31(78,3 %) tinham pré-natal satisfatório. A média da idade materna foi de $20,3 \pm 4,9$ anos, sendo que 24 (71,8 %) tinham idade inferior a 23 anos e 25 (60,9%) tinham menos de 20 anos (Tabela III). Para as mães de recém-nascidos com gastrosquise, a máxima de idade foi de 31 anos e a média foi de $24,6 \pm 3,6$ anos. Observamos também dois casos de mães jovens de bebês com onfalocele (com 16 anos). As complicações pós-natais mais freqüentes pesquisadas foram sepse em 36 (87,7%) dos casos, 11 (26,8%) dos casos apresentaram convulsões e 8 (19,5%) apresentaram colestase.

A mediana do tempo de internação foi de 30 (19,5-45,0) dias, do tempo de NPO 19(14,2-28,2) dias, do tempo de nutrição parenteral (NPT) 25 (18,5-18,7) dias e os recém-nascidos que precisaram de suporte ventilatório invasivo tiveram a mediana do tempo de ventilação mecânica de 7 (4-12,7) dias. Quanto à fisioterapia 18 (43,9%) RN receberam atendimento fisioterápico. Associando-se o tempo de NPT com o tempo de internação obteve-se um $p < 0,01$ apresentando significância estatística e igualmente, quando se correlacionou o tempo de NPO com o tempo de internação também obtivemos significância estatística com $p < 0,01$.

Tabela IV: Prematuridade e peso ao nascimento dos recém-nascidos com gastrosquise e onfalocele Internados na UTI Neonatal do HCC

VARIÁVEIS	RESULTADOS
Prematuros IG < 37 semanas	22(53,7%) ^o
Baixo peso ao nascer (<2,500 g)	26(63,4%) ^o

^o porcentagem

DISCUSSÃO

Gastrosquise e onfalocele estão entre o grupo das anomalias congênitas de fechamento da parede abdominal mais frequentemente encontradas pelos cirurgiões pediátricos. ⁽¹¹⁾ Seu prognóstico, epidemiologia e os fatores de risco têm sido cada vez mais analisados em publicações de análise de dados retrospectivos e através de coortes prospectivos ^(12,13). Em estudos realizados no final década de 1980 mostram um aumento na prevalência de nascimento de casos de gastrosquise em quase metade dos registros em estudo em diversas áreas como Europa, Austrália e Américas. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

O presente estudo confirma dados existentes na literatura em relação ao perfil epidemiológico destes pacientes. Observamos um número expressivo de casos de internações nesta instituição no período pesquisado quando comparado com alguns estudos. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ O que pode ser explicado por muitos recém-nascidos virem de outras localidades para atendimento pela equipe cirúrgica Pediátrica deste centro, uma vez que dos 41 bebês que internaram 17 nasceram em outros locais e foram transferidos posteriormente para esta UTIN e por se tratar de um centro de referência do Estado já que 41,5% destes eram de regiões diversas do RS como, por exemplo: Bagé, São Luiz Gonzaga, Passo Fundo e Pelotas. Em Singapura, entre 93 e 2002 obteve-se também número elevado de casos com total de 121 casos, sendo a ocorrência de onfalocele predominante com 100 casos. ⁽¹⁸⁾

Observou-se que estas afecções não possuem predileção por sexo, geográfica ou racial, acometendo preferencialmente gestantes jovens e primíparas e com propensão à ocorrência de parto prematuro (53%) e baixo peso de nascimento (63%). ⁽¹²⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁹⁾

Em estudo realizado sobre nascimento pré-termo em gestações complicadas por malformações congênitas verificou-se que em oito tipos diferentes de malformações isoladas nas quais incluíam gastrosquise e onfalocele todos apresentavam maior risco de parto pré-termo. ⁽²⁰⁾

Quanto à via de parto ter sido de 26,8%, de parto vaginal pode ser em parte devido ao número de gestantes com pré-natal com número de consultas insatisfatório e/ou ausente (24%), permanecendo estas sem diagnóstico pré-natal. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul 17% dos casos que

nasceram via parto vaginal, todos eram fetos mortos intra-útero, com exceção de uma gestante que chegou já em estado adiantado de trabalho de parto. 16 Rhan e colaboradores relataram sua experiência em 10 anos de manejo de fetos com defeito da parede abdominal onde obtiveram uma taxa de 100% de cesárea como via de parto. ⁽²¹⁾

Quanto à associação com malformações obteve-se uma incidência de 34,14%, sendo destas 50% de malformações cardíacas, três recém-nascidos com criptorquidia, um com atresia de esôfago e intestinal, um com alterações renais, um pé torto congênito e dois com estenose de ramos pulmonares. Weire E. Relatou que em 13 casos de gastrosquise encontraram incidência de 25% de atresia intestinal e 31% de criptorquidia este mesmo estudo cita associação da onfalocele com anomalias cromossômicas (trissomia do cromossomo 18 mais comum), dos três recém-nascidos com onfalocele da nossa amostra que realizaram cariótipo, este era normal em ambos. 22 Chircor descreveu malformações associadas como alterações coração, ossos e rins. 17 O maior tempo de internação esteve associado ao maior tempo de uso de NPT e ao tempo prolongado de NPO.

A principal limitação deste estudo foi à carência de dados nos prontuários uma vez que muitos pacientes vieram transferidos de outros centros, houve perda de informações não sendo possível analisar dados mais precisos destes pacientes.

CONCLUSÃO

Foi expressivo o número de casos de bebês com malformações da parede abdominal anterior de gastrosquise e onfalocele internados neste centro hospitalar no período estudado. Fazem-se necessários investimentos na atenção básica às gestantes buscando diagnóstico precoce para casos de malformações fetais proporcionando uma adequada assistência para um melhor prognóstico desses bebês. Outro fator importante é a formação de equipes cada vez mais especializadas e capacitadas para o atendimento desta população específica.

Agradecimentos

À secretária Simone Tavares que nos auxiliou a localizar a lista dos bebês internados por malformações da parede abdominal anterior no período do estudo.

REFERÊNCIAS

1. SOUZA JCK. Cirurgia Pediátrica Teoria e Prática. Rocca: S. Paulo 2007.
2. NAZER JH, CIFUENTES LO, AGUILA AR, BELLO MPP, CORREA FC, MELIBOSKY FR. Prevalence of abdominal wall defects in newborns: CLAMC Study, 1982-2005. *Rev Chil Pediatr*. 2006; 77: 481-486.
3. CASTILLA EE, MASTROIACOVO P, ORIOLI IM. Gastroschisis: international epidemiology and public health perspectives. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2008;148C:162-79.
4. STOLL C, ALEMBIK Y, DOTT B, ROTH MP. Omphalocele and gastroschisis and associated malformations. *Am J Med Genet A*. 2008;146 (15):1280-5.
5. SUITA S, OKAMATSU T, YAMAMOTO T, ET AL. Changing Profile of Abdominal Wall Defects in Japan: Results of a National Survey. *J Pediatr Surg*. 2000;35:66-72. [Medline].
6. PULIGANDLA PS, JANVIER A, FLAGEOLE H, ET AL. Routine cesarean delivery does not improve the outcome of infants with gastroschisis. *J Pediatr Surg*. May 2004;39(5):742-5. [Medline]
7. DRAPPER ES, ET AL. Recreational Drug Use: A Major Risk Factor for Gastroschisis? *American Journal of Epidemiology*. 2007; 4 (167): 485-491.
8. Lin S, et al. Maternal Asthma Medication Use and Risk of Gastroschisis. *American Journal of Epidemiology*. 2008;168: 73-79
9. MUSTAFA, S.A. ET AL. Prognóstico Fetal em 51 Casos com Diagnóstico Pré-Natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2001; 1 (23): 31-37.
10. GUERRA FAR. Avaliação das informações sobre defeitos congênitos no município do Rio de Janeiro através do SINASC. [Tese]. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2006.
11. GLASSER JAMES GMD, TED ROSENKRANTZ. Pediatric Omphalocele and Gastroschisis Mescape, Updated: Dec 1, 2011.
12. LAO OB, LARISON C, GARRISON MM, WALDHAUSEN JH, GOLDIN AB. Outcomes in neonates with gastroschisis in U. S. childrens hospitals. *Am. J. Perinatol*. 2010; 27(1): 97-101.
13. PAYNE NR, PFLEGHAAR K, ASSEL B, JOHNSON A, RICH RH. Predicting the outcome of newborns with gastroschisis. *J Pediatr Surg*. 2009; 44 (5) 918-23.
14. DI TANNA GI, ROSANO A, MASTROIACOVO P. Prevalence of gastroschisis at birth: retrospective study. *BMJ*. 2002; 325(7377):1389-90.
15. BERMEJO E, MENDIOROZ J, CUEVAS L, MARTINEZ-FRÍAS ML. The incidence of gastroschisis is also increasing in Spain, particularly among babies of young mothers. *BMJ*. 2006; 332(7538):424.
16. MARQUES CC, MILAN C, ZANELLA PL, STEIBEL G, DIAS MG, GOLIN PV. Defeitos de fechamento de parede abdominal: estudo de casos atendidos no Ambulatório de Medicina Fetal do Hospital São Lucas da PUCRS. *Scientia Medica*. 2009; 19 (4): 176-181.
17. CHIRCOR I, MEHEDINTI R, HÎNCU M. Risk factors related to omphalocele and gastroschisis. *Rom J Morphol Embryol*. 2009;50(4):645-9.
18. TAN KB, TAN KH, CHEW SK, YEO GS. Gastroschisis and omphalocele in Singapore: a ten-year series from 1993 to 2002. *Singapore Med J*. 2008;49(1):31-6.
19. MASTROIACOVO P, LISI A, CASTILLA EE. The incidence of gastroschisis: research urgently needs resources. *BMJ*. 2006; 332(7538):423-4.
20. PURISCH, SE. DEFRANCO EA. MUGLIA LJ, ODI-BO AO, STAMILIO DM. Preterm birth in pregnancies complicated by major congenital amformations: a population based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199-287.
21. RAHN S, BAHR M, SCHALAMON J, SAXENA AK. Single-center 10-year experience in the management of anterior abdominal wall defects. *Hernia*. 2008; 12: 345-50.
22. WEIR E. Congenital abdominal wall defects. *CMAJ*. 2003; 169(8): 809-10.

ENTEROCOLITE NECROSANTE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CASOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

Necrotizing Enterocolitis: Comparative Study Between Clinical And Surgical Cases

Samanta Sarmento da Silva *, Letícia Feldens *, Melissa Migotto da Silva *, Maria Lúcia Pedrosa Roenik*, Rodrigo Feldens *, João Carlos Ketzer de Souza **, Elinês Oliva Maciel **, Paulo Sérgio Gonçalves da Silva**

RESUMO

Introdução: A enterocolite necrosante (ECN) é uma enfermidade grave e prevalente do trato gastrointestinal de recém-nascidos, sendo uma das principais causas de mortalidade neonatal; seu tratamento é essencialmente clínico, mas no seu estágio mais avançado pode ser necessária intervenção cirúrgica. **Objetivo:** verificar se o quadro clínico e a evolução dos pacientes com ECN cirúrgica são distintos daqueles onde foi necessário somente tratamento clínico. **Métodos:** Estudo transversal, com revisão dos prontuários de 81 recém-nascidos com ECN tratados no Hospital da Criança Conceição, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. **Resultados:** A prevalência de ECN foi de 4,26%, sendo 83% de prematuros; dos 81 pacientes, 39,5% foram operados. O sinal mais comum foi a distensão abdominal, sendo o pneumoperitônio encontrado em 24 (30%) dos pacientes. A mortalidade total foi de 30,86%. **Conclusão:** Não houve diferença de quadro clínico da ECN entre pacientes com tratamento cirúrgico ou apenas tratamento clínico. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):37-41)

Descritores: Enterocolite Necrosante, Neonatologia, Cirurgia Pediátrica.

ABSTRACT

Introduction: Necrotizing enterocolitis (NEC) is a serious and prevalent disease of the newborn gastrointestinal tract, being one of the leading causes of neonatal mortality; his treatment is essentially clinical, but in its most advanced stage surgical intervention may be required. **Objective:** to verify if the clinical picture and the evolution of NEC patients with surgical management are distinct from those with exclusive clinical treatment. **Methods:** cross-sectional study, review of medical records of 81 newborns with NEC treated at Hospital da Criança Conceição, from January 2009 to December 2011. **Results:** the prevalence of NEC was 4.26%, with 83% of premature infants; of 81 patients, 39.5% were operated. The most common sign were the abdominal distension and the pneumoperitoneum found in 24 (30%) of the patients. The total mortality was 30.86%. **Conclusion:** there was no difference in the clinical picture of NEC between patients with surgical treatment or clinical treatment only. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):37-41)

Keywords: Necrotizing Enterocolitis, Neonatology, Pediatric Surgery.

* Médico residente do PRM Cirurgia Pediátrica

** Cirurgiões Pediátricos do Hosp. Criança Conceição do GHC

INTRODUÇÃO

A enterocolite necrosante (ECN) é uma enfermidade grave de origem multifatorial ⁽¹⁾ que afeta o trato gastrointestinal do neonato. O primeiro relato da doença data de 1825, sendo que nos anos 50 já estava bem descrito o quadro clínico de uma doença úlcero-necrotizante ⁽²⁾, que ocorria em neonatos com até os três meses de vida, porém sua causa permanecia conhecida. Em 1975, Santulli et al³ atribuíram à interação de três componentes essenciais o desenvolvimento da doença: lesão da mucosa intestinal, presença de bactérias no lúmen intestinal e alimentação por fórmula. A ECN passou a ser reconhecida, então, como uma entidade clínica distinta. A população de pacientes em risco de desenvolver ECN vem aumentando progressivamente desde a década de 90, devido à maior sobrevivência dos pacientes prematuros e em consequência da diminuição dos óbitos causados pela síndrome da membrana hialina; assim, a ECN vem-se tornando a doença responsável pela maioria dos óbitos neonatais ^(3,4).

A frequência da doença tem taxas de 1% a 5% entre os neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI); sua prevalência é de 7% a 14% entre os prematuros de baixo peso (entre 500-1500g) e sua mortalidade varia entre 20% a 50% ⁽⁴⁾. Os recém-nascidos a termo somam 10% dos casos de ECN e os prematuros, pequenos ou não para a idade gestacional, 90% dos casos ⁽⁴⁾. É a causa mais frequente de peritonite e perfuração intestinal, a principal indicação de treinamento cirúrgico. ^(5,8)

As principais alterações no nível tecidual da ECN são a necrose de coagulação e a reação inflamatória. No início do quadro, o processo inflamatório aumenta o fluxo sanguíneo nas áreas afetadas. Ocorre então uma perda da barreira mucosa, possibilitando a entrada de bactérias, as quais levam à formação de gás intramural (pneumatose) por meio dos bioprodutos de seu metabolismo. Com o avanço da doença, a lesão nas camadas mucosa e submucosa progride, atingindo todas as camadas da parede intestinal, completando o extenso envolvimento transmural. A parede intestinal sem perfusão adelaça-se, podendo sofrer perfuração. A lesão intestinal local progride, tornando-se um processo difuso e com possível envolvimento de vários órgãos, mostrando a importância das citocinas pró-inflamatórias na fisiopatogenia da ECN. ^(9,11)

A classificação de Bell é usada para estadiamento da gravidade da ECN, orientando tratamento e prognóstico. O estágio I refere-se à enterocolite suspeita (sinais e sintomas clínicos sugestivos, sem

confirmação radiológica); o estágio II, ECN definitiva (clínica fortemente sugestiva com sinais radiológicos característicos) e o estágio III relacionam-se à ECN avançada (perfuração intestinal ou piora sistêmica) ⁽¹²⁾.

Atualmente, diversos trabalhos têm sido feitos com o objetivo de elucidar a patogenia da ECN, outros buscaram descobrir possíveis estratégias de prevenção, porém ainda não está bem definida se a apresentação clínica é diferente em pacientes que necessitaram de tratamento cirúrgico. Por isto, o objetivo deste estudo foi testar a hipótese de que o quadro clínico e a evolução dos pacientes com ECN cirúrgica sejam distintos daqueles onde foi necessário somente tratamento clínico.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo de 81 recém-nascidos com ECN tratados em nosso hospital pediátrico, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Os pacientes incluídos no estudo foram aqueles em que se preenchiam critérios para o diagnóstico clínico de ECN, considerando os seguintes parâmetros: distensão abdominal, resíduo gástrico, hematoquezia, frequência cardíaca, sinais de choque, dor abdominal, celulite da parede, má perfusão e sinais radiológicos: pneumatose, pneumoperitônio, distensão de alças e ascite. Outros dados avaliados foram sexo, idade gestacional (classificando em prematuro extremo <30 semanas de gestação, prematuros os que estavam com idade entre 31 e 36 semanas e a termo os RN com idade superior a 37 semanas gestacionais), crescimento intra-uterino restrito (também chamado *PIG* ou pequeno para a idade gestacional, que corresponde àqueles com peso de nascimento abaixo do percentil 10 para a idade gestacional, segundo critérios definidos pelas curvas de Battaglia e Lubchenco ⁽¹³⁾ o momento da introdução e o tipo da dieta recebida. Casos de perfuração espontânea idiopática de intestino foram excluídos da casuística, assim como os de pneumoperitônio ocasionado pela ventilação mecânica.

Os casos cirúrgicos foram avaliados quanto ao momento da indicação cirúrgica e o tipo de tratamento operatório. O seguimento foi feito nos primeiros 60 dias pós-cirúrgicos a fim de avaliar mortalidade e complicações.

As variáveis coletadas foram analisadas pelo programa Statistical Package for Social Science, versão 17.0. Foram realizadas medidas de frequência para variáveis qualitativas. Foram descritas por média e desvio padrão as variáveis quantitativas simétricas, e utilizadas mediana e amplitude inter-

quartil para as assimétricas (P25 a P75). Os testes do 2e de Fisher foram empregados para análise bivariada das variáveis categóricas. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$. Finalmente foram realizadas análise de variância (ANOVA) e Likelihood Ratio.

RESULTADOS

Encontramos 29 (35,8%) pacientes com estágio I de Bell, 20 (24,69%) no estágio II e 32 (39,5%) no estágio III. Os neonatos que haviam necessitado de tratamento clínico foram 49 (60,49%) e em 32 (39,50%) houve necessidade de tratamento cirúrgico.

A prevalência de ECN em nosso hospital foi de 4,26%, a taxa de pacientes operados foi de

39,5%. O estágio II de Bell foi o mais prevalente. A ECN foi mais encontrada em pacientes brancos e em meninos. Os prematuros foram responsáveis por 83% dos casos de ECN em nosso estudo (Figura 1). O sinal mais comum foi a distensão abdominal. O pneumoperitônio foi encontrado em 24 (30%) dos pacientes. A maior parte dos pacientes analisados (65%) havia recebido dieta antes de iniciar com os sintomas da doença, aproximadamente no 4º dia de vida (Tabela I), sendo mais freqüente o leite materno.

O momento da apresentação foi mais precoce no estágio I de Bell (9º dia de vida), enquanto para o estágio II o pico de incidência ocorreu no 15º dia de vida e para está estágio III, no 11º dia após o nascimento (Figura 2). Os neonatos pequenos para a idade gestacional somaram 38,12% de toda a amostra (tabela I).

A mortalidade total foi de 30,86%, sem diferença entre os estágios (tabela I).

Tabela 1: Características clínico-epidemiológicas dos pacientes com ECN nos vários estágios

Variável	Total n = 81	Estágio de Bell			p
		I n = 29	II n = 20	III n = 32	
Sexo (F/M)	39/42 (48,1/51,8)	12/17 (41,8/58,6)	11/9 (55/45)	16/16 (50/50)	0,61
Cor (B/nB)	76/6 (93,8/7,4)	27/2 (93,1/6,8)	19/1 (95/5)	30/2 (93,7/6,3)	0,67
Parto cesáreo	41 (50,6)	19 (65,5)	8 (40)	14 (43,7)	0,2
PN (g)	1369±702	1.328±700	1.437±744	1340±696	0,15
PIG	31(25,1)	14 (4)	5 (1)	12(3,8)	0,21
Cateterismo AU	26 (21)	8(2,3)	8 (1,6)	10 (3,2)	0,65
Recebeu VO	54 (43,7)	20 (5,8)	15 (3)	19 (6)	0,51
Dia da VO	4	4 (1 a 13)	4 (1 a 11)	4 (1 a 30)	0,06
Distensão	69(55,8)	26(7,5)	15(3)	28(8,9)	0,35
Cardiopata (PCA)	16 (12,9)	4 (1,1)	4 (0,8)	8 (2,5)	0,5
Dias ECN (d)	11	9 (1 a 30)	15(1 a 44)	11(0 a 43)	2,8
Óbito	26 (21,6)	7 (2,3)	5 (1)	14 (4,4)	0,33

Os dados são apresentados como média ± desvio-padrão, mediana (AIQ: P25 a P75) ou contagem (%). M: masculino, F: feminino, B: branco, nB: não branco, PN: peso de nascimento em gramas, PIG: pequeno para a idade gestacional, AU: artéria umbilical, VO: via oral, Dia da VO: com quantos dias de vida recebeu dieta, dias ECN: Idade que desenvolveu a enterocolite necrosante em dias. p: significância estatística.

DISCUSSÃO

A prevalência da doença tem taxas de 1% a 5% entre os neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, dados que corroboram com os encontrados em nosso estudo, entretanto não se reproduziu em nossa série a maior prevalência em negros⁽⁵⁾.

O número de prematuros está dentro do percentual relatado, que varia de 62% a 94%⁽¹⁴⁾. Destes, a maioria tinha idade gestacional ao nascimento entre 31 e 36 semanas (Figura 1).

Em noventa por cento dos casos, o início da doença ocorre nos dez primeiros dias de vida; em nosso serviço, a média da idade de apresentação do quadro clínico foi maior apenas no estágio II (Figura 2). Distensão abdominal é o achado clínico inicial mais comum, ocorrendo em 70% a 90% dos casos¹⁵. Outros achados menos freqüentes são: a estase gástrica ou os vômitos, o sangue nas fezes, a diarreia, a hiperemia de parede abdominal (encontrada em até 10% dos pacientes, sendo extremamente sugestiva de perfuração intestinal⁽¹⁶⁾ e a sensibilidade abdominal⁽¹⁷⁾.

O peso de nascimento não diferiu significati-

vamente entre os grupos analisados.

Sharma et al.⁽¹⁸⁾ publicaram recentemente um estudo prospectivo de 202 pacientes com ECN (41% deles com necessidade de cirurgia), mostrando que a apresentação clínica dos prematuros é diferente dos bebês a termo com ECN, mas com sobrevida semelhante.

A ECN é a maior causa de óbito entre recém-nascidos submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência no trato gastrointestinal⁽¹⁹⁾. As taxas de morbidade e mortalidade excedem as de todas as anomalias congênitas do trato gastrointestinal combinadas. Mesmo com intervenção cirúrgica, a mortalidade da ECN situa-se em torno de 40%⁽²⁰⁾, em nosso estudo encontramos uma mortalidade um pouco menor, 26 casos (21%).

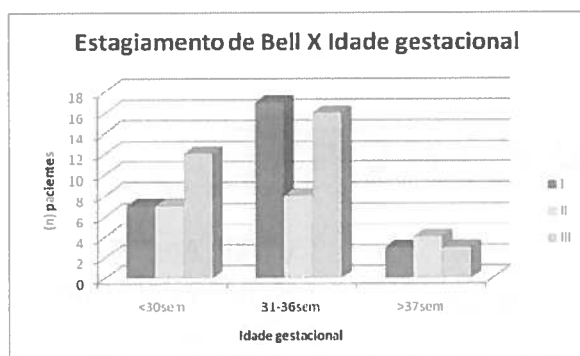


Figura 1 - Comparação do estágio de Bell e a idade gestacional

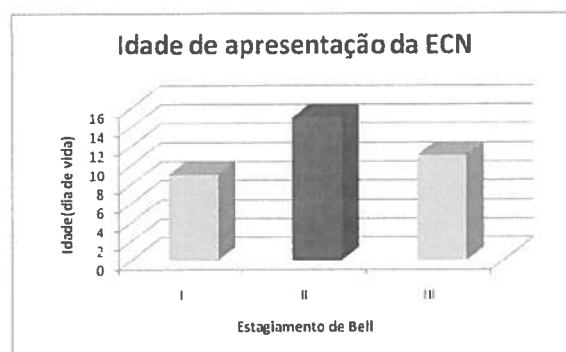


Figura 2 - Idade de início dos sintomas da ECN.

CONCLUSÃO

Não foi possível comprovar a hipótese de que o quadro clínico e a evolução dos pacientes com ECN que necessitam tratamento cirúrgico seja distinta daqueles que apenas requerem o tratamento clínico, o que está de acordo com os achados de Moss⁽²¹⁾, o que reforça a necessidade de novos estudos com maior número de pacientes e, muito provavelmente, com identificação de novas variáveis, que tornem possíveis o diagnóstico precoce e mais aprimorado dos pacientes com ECN.

REFERÊNCIAS

1. ALBANESE GT, ROWE MI. Necrotizing enterocolitis. *Sem Pediatr Surg* 1996; 4: 200-206.
2. BERDON WE, GROSSMAN H, BAKER DH, MIZRAHI A, BARLOW O, BLANC WA. Necrotizing Enterocolitis in the premature infant. *Radiology* 1964; 83: 879-887.
3. SANTULLI TV, SCHULLINGER JN, HEIRD WC, GONCAWARE RD, WIGGER J, BARLOW B ET AL. Acute necrotizing enterocolitis in infancy: a review of 64 cases. *Pediatrics* 1975; 55: 376-387
4. CHOSKI NK, GUNER YS, HUNTER CJ, UPPERMAN JS, GRISHINA A, FORD HR. The role of Nitric Oxid in intestinal epithelial injury and restitution in Neonatal Necrotizing Enterocolitis. *Semin Perinatol* 2008; 32: 92-99.
5. SCHNABL KL, AERDE JEV, THOMSON ABR, CLANDININ MT. Necrotizing enterocolitis: a multifactorial disease with no cure. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 2142-2161.
6. KETZER DE SOUZA JC. Enterocolite necrosante. In: Ketzer de Souza JC, Carbonera MR, Bassols JV, Salle JLP, Mello JS, Peterson CAH, editors. *Pediatria. Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Panamed; 1984, p.119-122.
7. POKORNY WJ, GARCIA-PRATS JA, BARRY YN. Necrotizing enterocolitis: incidence, operative care, and outcome. *J Pediatr Surg* 1986; 21: 1149-1154.
8. JIRKA JH. Necrotizing enterocolitis. *Nebraska Med J* 1993; 78: 95-97.
9. Caplan MS, MacKendrik W. Necrotizing enterocolitis. A review of pathogenetic mechanisms and implications for prevention. *Pediatr Pathol* 1993; 13: 357-369.
10. BALLANCE WA, DAHMS BB, SHENKER N, KLIEGMAN RM. Pathology of neonatal necrotizing enterocolitis: a ten-year experience. *J Pediatr* 1990; 117: S6-S13.
11. FAINGOLD R, DANEMAN A, TOMLINSON G, BABYN P, MANSON DE, MOHANTAA, MOORE AM, HELLMAN J, SMITH C, GERSTL T, KIM JH. Necrotizing Enterocolitis: Assessment of Bowel Viability with Color Doppler US. *Radiology* 2005; 235: 587-594
12. BELL MJ, TERNBERG JL, FEIGIN RD, KEATING JP, MARSHALL R, BARTON L ET AL. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. *Ann Surg* 1978; 187: 1-7.
13. BATTAGLIA FC, LUBCHENCO LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr* 1967; 71: 159-163.
14. LIN PW, NASR TR, STOLL BJ. Necrotizing Enterocolitis: Recent Scientific Advances in Pathophysiology and Prevention. *Semin Perinatol* 2008; 32: 70-82
15. AMOURY RA. Necrotizing enterocolitis: a continuing problem in the neonate. *World J Surg* 1993; 7: 363-373.
16. BERMAN L, MOSS RL. Necrotizing enterocolitis: An update. *Semin Fetal & Neonatal Med* 2011; 16: 145-150.
17. KLIEGMAN RM, FANAROFF AA. Neonatal necrotizing enterocolitis: a ten-year experience. *Am J Dis Child* 1981; 135: 608-611.
18. SHARMA R, HUDAK ML, TEPAS III JJ, WLUDYKA PS, MARVIN WJ, BRADSHAW JÁ, PIEPER P. Impact of gestational age on the clinical presentation and surgical outcome of necrotizing enterocolitis. *J Perinatol* 2006; 26: 342-347.
19. LEMELLE JL, SCHMITT M, MISCAULT G, VERT P, HASCOET JM. Neonatal necrotizing enterocolitis: a retrospective and multicentric review of 331 cases. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 396: 70-73.
20. BERSETH CL. Gestational evolution of small intestine motility in preterm and term infants. *Journal Pediatr* 1989; 115: 646-651.
21. MOSS RL ET AL. Clinical parameters do not adequately predict outcome in Necrotizing Enterocolitis: a multi-institutional study. *Journal of Perinatology*, 2008.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA UNIDADE JARDIM ITU DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA.

Evaluation of satisfaction of users of services offered by Jardim Itu Unit of Community Health Service

Pablo de Lannoy Stürmer*, Thiago Frank*, Tiago Barra Vidal*, Rodrigo Caprio Leite de Castro, Diogo Luis Scalco***, Rudi Roman*****

RESUMO

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) é composto por doze postos de saúde que têm sob sua responsabilidade aproximadamente 125 mil pessoas residentes na Zona Norte de Porto Alegre. Os usuários são atendidos por meio de atividades de promoção de saúde, de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. A atenção à saúde é realizada por equipe multiprofissional, e também é um ambiente de ensino, em que residentes de diferentes categorias profissionais da área da saúde realizam treinamento em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) visando uma abordagem interdisciplinar. Este estudo foi realizado na Unidade Jardim Itu, uma das 12 Unidades do SSC/GHC, e atende um território de 12.000 pessoas. A demanda na Unidade é constituída predominantemente por doenças crônico-degenerativas e por problemas de saúde mental. A incorporação do usuário na avaliação dos serviços constitui um indicador sensível da qualidade do serviço prestado. O objetivo deste estudo é conhecer o grau de satisfação dos usuários dos serviços oferecidos pela Unidade Jardim Itu. Foi realizado um estudo transversal com usuários da Unidade Jardim Itu do SSC/GHC. Os usuários foram entrevistados por médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade e estudantes da área da saúde no mês de novembro de 2008, utilizando-se um questionário estruturado. Foram selecionados 78 usuários. Destes, 8 foram excluídos (3 moradores fora de área, 3 atendidos por renovação de receita e 2 por incapacidade física e/ou mental) e 35 não foram encontrados. A média de idade dos entrevistados (35) é de 61,9 anos, com predominância do sexo feminino. A cor da pele auto-referida pela maior parte dos usuários é branca (86%). A média de anos de estudos é 7, sendo que 28,6% completaram 11 anos de estudo ou mais. Observa-se que 80% referem portar alguma doença crônica, com predomínio de hipertensão, diabetes e transtornos de saúde mental (depressão e ansiedade).

O estudo de satisfação reconhece quais áreas o usuário identifica como aquelas que merecem atenção especial, como o acesso e o tempo na sala de espera, que devem ser reavaliados pela equipe. Concluímos que é um instrumento indispensável para avaliação destes serviços e para a sua qualificação. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):42-51)

Descritores: avaliação de serviço de saúde, medicina de família e comunidade

ABSTRACT

The Community Health Service of the Conceição Hospital Group(SSC/GHC) is composed by 12 health centers that have the responsibility over 125 thousand people living in north area of Porto Alegre. This service provide health promotion, prevention, diagnosis and treatment of disease. Health care is carried out by multidisciplinary team, and is also a teaching environment, where residents of different professional groups in the health field, works in a multidisciplinary approach under supervision, in Primary Health Care. This study was conducted at the Jardim Itu Unit, one of the 12 units of the SSC / GHC , and serves a territory of 12,000 people. Demand in Unit consists predominantly of chronic degenerative diseases and mental health problems . Incorporating the user in the evaluation of services is a sensitive indicator of the quality of service. The aim of this study was to determine the degree of user satisfaction with the services offered by Jardim Itu Unity. A cross-sectional study was conducted with users of Unity. Users were interviewed by medical residents and students in the area of Community Health, in November 2008, using a structured questionnaire . 78 users were selected. Of these, 8 were excluded (3 residents out of the area, 3 was only looking for prescription, and 2 by physical and / or mental disability) and 35 were not found. The average age of respondents (35) is 61.9 years, with a female predominance. Skin color self-reported by the majority of users are white (86%). The average of schooling is 7, and 28% had completed 11 years of schooling or more. It is observed that 80% has a chronic disease, with a prevalence of hypertension, diabetes and mental health disorders (depression and anxiety). The satisfaction study shows that the user recognizes specific areas that deserves special attention such as access and time in the waiting room , which should be reviewed by the staff. Conclude that it is an indispensable tool for the evaluation of these services and their qualifications. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):42-51)

Conclusions: health care evaluation, Community Health Services

*** Médicos do serviço de Saúde Comunitária do GHC.**

INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) é composto por doze postos de saúde que têm sob sua responsabilidade aproximadamente 125 mil pessoas residentes na Zona Norte de Porto Alegre. Os usuários são atendidos por meio de atividades de promoção de saúde, de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. A atenção à saúde é realizada por equipe multiprofissional, com médicos de família e comunidade, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde ⁽¹⁾. Este serviço é também um ambiente de ensino, em que residentes de diferentes categorias profissionais da área da saúde realizam treinamento em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) visando uma abordagem interdisciplinar.

O SSC/GHC é um serviço de APS e tem como perspectiva atender às necessidades de saúde da população ⁽²⁾. Caracteriza-se por ser a porta de entrada ao sistema de saúde para a maioria dos moradores do território, acompanhar indivíduos, famílias e população ao longo do tempo, estabelecendo vínculo e responsabilização, ou seja, longitudinalidade, buscando a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. Outros aspectos essenciais são: o registro adequado, a continuidade do pessoal, a relação profissional-paciente, a qualidade clínica e a proteção da saúde dos usuários. Segundo Starfield, *"um sistema de saúde com forte referencial em APS é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social"* ⁽³⁾.

A Unidade Jardim Itu é uma das doze Unidades de Atenção Primária do SSC/GHC, foi inaugurada em 1992, localiza-se no bairro Itu-Sabará, zona norte de Porto Alegre, e atende um território de 12.000 pessoas. A equipe é multiprofissional é formada por 7 médicos de família e comunidade, 2 médicos internistas e 1 médico psiquiatra, além de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, psicóloga, odontóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e agentes comunitários de saúde. A Unidade recebe médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade e residentes da Residência Integrada em Saúde. A comunidade do Jardim Itu é constituída por uma população de classe média/média-baixa, com microáreas de risco, que são os cortiços. A demanda na Unidade é constituída predominantemente por doenças crônico-degenerativas e por problemas de saúde mental ⁽⁴⁾.

A incorporação do usuário na avaliação tem

sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço ⁽⁵⁾. Várias pesquisas mostraram a importância do conhecimento da satisfação do usuário, comprovando-se que há relação direta entre usuários mais satisfeitos e maior adesão ao tratamento, fornecimento de informações para o provedor dos serviços e continuidade da utilização dos serviços de saúde ⁽⁶⁾.

Diversos são os conceitos de satisfação. A maioria dos estudos define satisfação como o grau em que as expectativas do usuário foram atingidas nos diferentes aspectos do contato com o serviço ou com o profissional ⁽⁷⁾. Outro conceito de satisfação é apresentado por Starfield ⁽⁸⁾. A autora define a satisfação com o próprio estado de saúde como um desfecho a ser aferido em APS.

No Brasil, é crescente o interesse pela avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Em nível regional, um estudo mais próximo de nossa realidade ocorreu em Pelotas, num serviço de ensino em APS, em 1997, avaliando a satisfação com relação à última consulta médica ⁽⁹⁾.

Vários são os fatores que podem influenciar a satisfação do usuário, alguns relacionados aos serviços de saúde, outros, aos usuários. Os fatores dependentes dos serviços de APS foram sistematizados e podem ser avaliados pela análise de acessibilidade, continuidade, tempo de consulta e relação médico-paciente, estando diretamente associados à alta satisfação ⁽⁷⁾.

Pela intensidade do seu contato com o serviço de saúde, portadores de doenças crônicas podem ter sua satisfação significativamente alterada. Um estudo finlandês ⁽¹⁰⁾ mostrou que doentes crônicos percebem o acesso e a continuidade mais difíceis do que aqueles que não possuem doença crônica. Um estudo norte-americano com pacientes crônicos demonstrou que educação e percepção da doença, mas não a sua gravidade, estavam associadas com maior satisfação ⁽¹¹⁾.

A relação entre satisfação e o controle de doenças crônicas específicas, como o Diabetes Mellito tipo 2 (DM2), parece controverso. Um estudo inglês mostrou que portadores de DM2 mais satisfeitos possuíam um melhor controle glicêmico ⁽¹²⁾. O estudo norte-americano citado anteriormente relatou o contrário, atribuindo esse resultado à carga do auto-cuidado ⁽¹¹⁾.

A percepção da própria saúde também está associada com diferenças na satisfação. Um estudo realizado em Omã demonstrou que uma pior percepção da saúde física correlacionou-se com menor

satisfação com relação ao tempo de espera para consulta, enquanto aqueles que se perceberam com baixo nível de saúde mental estiveram menos satisfeitos com outros aspectos ⁽¹³⁾.

Pelo pioneirismo do SSC/GHC em APS no Brasil, a avaliação incorporando o ponto de vista do usuário se mostra necessária. O objetivo deste estudo é conhecer o grau de satisfação dos usuários com o acesso, a longitudinalidade, a relação médico-pessoa e a integralidade dos serviços oferecidos pela Unidade Jardim Itu e os fatores associados com esta percepção.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com usuários da Unidade Jardim Itu do SSC/GHC. Os participantes foram entrevistados por médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade e estudantes da área da saúde no mês de novembro de 2008, utilizando-se um questionário estruturado, conforme anexo.

Foram incluídos na amostra do estudo todos os usuários maiores de 18 anos que realizaram consulta médica na Unidade entre 27 de outubro e 21 de novembro de 2008 e que consultaram uma ou mais vezes no período entre 3 e 12 meses antecedentes. Semanalmente, vinte usuários eram selecionados para realização de entrevista. Cada pessoa foi visitada no domicílio por, no máximo, três vezes dentro das duas semanas subsequentes à consulta.

Foram excluídos do estudo usuários que não possuíam capacidades físicas e/ou mentais para responder ao questionário (segundo avaliação de um dos três coordenadores de campo), moradores fora da área de cobertura da Unidade e aqueles cujo atendimento foi realizado sob forma de Visita Domiciliar ou renovação de receita.

Para abordar a satisfação utilizamos como base o material desenvolvido por Kloetzel et al ⁽⁹⁾ que mede o grau de satisfação dos usuários com serviços de Atenção Primária. Foi desenvolvido e validado no Brasil, formado por doze perguntas referentes à última consulta no serviço de saúde, abordando distintos aspectos da atenção: acesso, cordialidade, confiança, atuação do médico, orientações, marcações de consultas, avaliação geral. As respostas são graduadas em escala de Likert e variam entre A (muito satisfeito), B (satisfeito), C (regular), D (insatisfeito) e E (muito insatisfeito), representadas por caras com cinco expressões distintas de satisfação (Figura 1). Para fins de análise, consideraremos como "satisfeito" o entrevistado que apontar as respostas A e B, e "insatisfeito" aquele que optar pelas

respostas C, D, e E. (Figura 1)

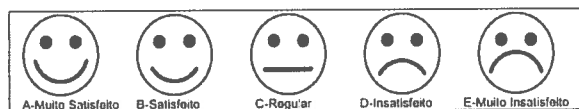


Figura 1. Expressões de satisfação graduadas em escala de Likert.

Adaptamos ao instrumento já referenciado perguntas que verificam a satisfação com a compreensão do problema e com as explicações do médico com relação à doença, baseadas no trabalho de Pölluste et al. ⁽¹⁴⁾. A avaliação que define o usuário como portador de doença crônica e a verificação da situação sócio-econômica foram baseadas no trabalho de Harzheim ⁽¹⁵⁾.

Para verificar se o entrevistado possui médico de referência, utilizou-se a definição elaborada por Mendoza-Sassi e Béria ⁽¹⁶⁾. Consiste em três questões: 1) "Se você tem um problema de saúde e decide consultar um médico, tem um médico que você normalmente vai?", 2) "Qual o nome dele?" e 3) "Há quanto tempo ele tem sido seu médico?". Considera-se que o usuário possui médico de referência quando responde a primeira pergunta afirmativamente, diz o nome do médico corretamente e tem sido acompanhado por mais de 12 meses.

Definimos satisfação como o grau em que as expectativas do usuário são alcançadas. Satisfação geral se refere a essa percepção com relação à equipe e aos serviços de saúde oferecidos pela Unidade. Foi aferida através da pergunta: "Qual das imagens a seguir melhor demonstra a sua satisfação com o posto de saúde?".

Os diferentes aspectos de satisfação foram aferidos a partir da pergunta "Qual das imagens expressa melhor a sua satisfação a respeito de:", seguida do complemento que identifica o atributo em questão. O quadro 1 demonstra a correlação entre as variáveis avaliadas e as questões utilizadas para sua aferição. Os atributos "tempo despendido na sala de espera" e "tempo de consulta" foram também quantificados pelo entrevistado.

A digitação dos questionários e análise dos dados foram realizados no programa Epi-Info 3.5. Descrevemos as freqüências simples das variáveis e seus intervalos de confiança (IC95%). Para as análises bivariadas aplicamos o teste qui-quadrado. Não foram feitas análises multivariadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição. Os indivíduos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quadro 1: Forma de aferição de variáveis avaliadas indiretamente.

VARIÁVEL	QUESTÃO
Satisfação com o acesso	• Satisfação com a facilidade de acesso a consulta.
Longitudinalidade	• Possuir médico de referência
Satisfação com integralidade	• Satisfação com o conjunto de serviços ofertados pela Unidade de Saúde.
Satisfação com a relação médico-pessoa (a discussão paciente ou pessoa é irrelevante aqui, mas como no título deixamos pessoa, acho que temos que manter)	Satisfação na última consulta com: • Atenção dada às queixas; • Compreensão do problema pelo médico; • Exame médico; • Confiança despertada pelo médico; • Confiança na receita; • Explicações do médico sobre o problema e seu prognóstico;
Satisfação com a cordialidade da equipe	• Satisfação com a forma de recepção, de entendimento e de encaminhamento do problema pela equipe de saúde.
Saúde auto-referida	Satisfação com o estado de saúde atual

RESULTADOS

No período do estudo, foram selecionados 78 usuários. Destes, 8 foram excluídos (3 moradores fora de área, 3 atendidos por renovação de receita e 2 por incapacidade física e/ou mental segundo a avaliação de um dos três coordenadores de campo) e 35 não foram encontrados. A média de idade

das pessoas não encontradas é de 52,3 anos; entre estes, 9 são homens (20,7%) e 26 são mulheres (79,3%).

As características dos entrevistados e de seus atendimentos estão nas tabelas I e II, respectivamente.

A média de idade dos entrevistados é de 61,9 anos, com predominância do sexo feminino. A

cor da pele auto-referida pela maior parte dos usuários é branca (86%). A média de anos de estudos é 7, sendo que 28,6% completaram 11 anos de estudo ou mais. Observa-se que 80% referem portar alguma doença crônica, com predomínio de hipertensão, diabetes e transtornos de saúde mental (depressão e ansiedade).

O número médio de moradores é de 3,22 pessoas/domicílio. Todas as moradias possuem água encanada e geladeira. O principal material utilizado nas casas dos entrevistados é o tijolo (77%),

com um número médio de 2,11 dormitórios/moradia e 3,22 pessoas/moradia. A renda média dos entrevistados é de R\$751,46 e a renda per capita dos domicílios avaliados, de R\$631,60.

A principal forma de marcação das consultas é por agendamento (54%). A maioria dos entrevistados possui médico de referência e 80% consultou com outros médicos no último ano. A proporção de usuários que consultou com outros profissionais (que não o médico) é de 45,7%, predominantemente (69%) com odontólogos.

Tabela I: Forma de aferição de variáveis avaliadas indiretamente.

Características dos entrevistados	n	%	Média
Idade (anos)			61,9
25 a 34	3	8,6	
35 a 44	2	5,7	
45 a 54	5	14,3	
55 a 64	5	14,3	
65 a 74	14	40,0	
75 ou mais	6	17,1	
Sexo			
Feminino	23	65,7	
Masculino	12	34,3	
Cor da pele			
Branca	30	85,7	
Parda	3	8,6	
Negra	2	5,7	
Anos de estudo			7
0	2	5,7	
1 a 4	7	20	
5 a 8	16	45,8	
11	8	22,9	
Mais de 11	2	5,7	
Número de pessoas na casa			3,22
1	2	5,7	
2	12	34,3	
3	11	31,4	
4	4	11,4	
5	4	11,4	

Continuação Tabela I

6	1	2,9
12	1	2,9

Tabela II - Distribuição da renda e tipo de atendimento ou doença que apresentou na avaliação

Renda do entrevistado* (R\$)			751,46
0 a 415	16	45,7	
416 a 830	9	25,7	
831 a 1245	2	5,7	
1246 a 1660	4	11,4	
1661 a 2075	3	8,6	
Acima de 2075	1	2,9	
Renda per capita do domicílio* (R\$)			631,6
0 a 415	6	17,1	
416 a 830	11	31,4	
831 a 1245	7	20,0	
1246 a 1660	9	25,7	
1661 a 2075	-	-	
Acima de 2075	2	5,7	
Forma de marcação			
Agendamento	19	54,3	
Retorno	9	25,7	
Consulta do dia	7	20	
Possui médico de referência	20	57,1	
Consultou com outros médicos no último ano	28	80	
Quantos?			2,6
2	10	28,6	
3	11	31,4	
4	6	17,1	
8	1	2,9	
Consultou com outro profissional de saúde	19	45,7	
Doença crônica referida	28	80	
Diabete	6	17,1	
Depressão	10	28,6	
Ansiedade	13	37,1	
Neoplasia	5	14,3	
Hipertensão	19	54,3	
Conhece os serviços oferecidos	26	76,5	
Possui plano de saúde	6	17,1	

* 01 salário mínimo = R\$ 415,00

Tabela III. Características da última consulta médica realizada na Unidade Jardim Itu (n=35)

Características do atendimento	n	(%)	Média
Motivo resolvido	22	62,9	
Última consulta com médico de referência	23	79,3	
Formação do médico			
Contratado	13	37,1	
Residente	6	17,1	
Estudante	2	5,7	
Não sabe	14	40	
Tempo referido de sala de espera (minutos)			50
Até 20	13	37,1	
21 a 40	10	28,6	
41 a 60	3	8,6	
61 a 80	3	8,6	
120 ou mais	6	17,1	
Tempo referido de consulta (minutos)			24
5 a 10	4	11,4	
11 a 15	6	17,1	
16 a 20	8	22,9	
21 a 25	4	11,4	
26 a 30	8	22,9	
31 a 35	1	2,9	
36 a 40	1	2,9	
60	2	5,7	
Exame médico			
Realizado	27	77,1	
Não realizado	8	22,9	
Acha que deveria ter realizado	4	50	

O Quadro 4 descreve a satisfação com os itens avaliados, agrupando as categorias “muito satisfeito” e “satisfeito” (A+B). Os maiores índices de satisfação

foram relacionados à consulta médica. Os itens com menor avaliação foram: forma de agendamento, tempo na sala de espera e satisfação com o próprio estado de saúde atual.

Quadro 2: Satisfação dos usuários da Unidade Jardim Itu com o serviço de saúde e com aspectos da última consulta médica.

	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	A+B (%)
Atenção do médico às queixas	29 (82,9)	4 (11,4)	-	-	2 (5,7)	33 (94,3)
Avaliação geral da consulta	22 (62,9)	12 (34,3)	1 (2,9)	-	-	34 (97,1)
Compreensão do médico	27 (77,1)	6 (17,1)	2 (5,7)	-	-	33 (94,3)
Confiança no médico	27 (77,1)	6 (17,1)	1 (2,9)	1 (2,9)	-	33 (94,3)
Confiança na receita	25 (71,4)	7 (20)	2 (5,7)	1 (2,9)	-	32 (91,4)
Duração da consulta	19 (54,3)	13 (37,1)	1 (2,9)	2 (5,7)	-	32 (91,4)
Explicações sobre problema	23 (65,7)	9 (25,7)	2 (5,7)	1 (2,9)	-	32 (91,4)
Explicações sobre prognóstico	21 (60)	12 (34,3)	2 (5,7)	-	-	33 (94,3)
Facilidade de acesso	19 (54,3)	9 (25,7)	7 (20)	-	-	28 (80)
Forma de agendamento	14 (40)	9 (25,7)	7 (20)	3 (8,6)	2 (5,7)	23 (65,7)
Exame médico	20 (74)	6 (22)	1 (3)	-	-	26 (96)
Oferta de serviços	14 (40)	15 (42,9)	5 (14,3)	1 (2,9)	-	29 (82,9)
Satisfação com o posto em geral	16 (45,7)	12 (34,3)	3 (8,6)	3 (8,6)	1 (2,9)	28 (80)
Estado de saúde atual	6 (17,1)	10 (28,6)	11 (31,4)	3 (8,6)	5 (14,3)	16 (45,7)
Tempo que aguardou na sala de espera	8 (22,9)	13 (37,1)	7 (20)	5 (14,3)	2 (5,7)	21 (60)
Entendimento dos trabalhadores do posto	20 (57,1)	13 (37,1)	2 (5,7)	-	-	33 (94,3)
Ajuda dos trabalhadores do posto	20 (57,1)	11 (31,4)	3 (8,6)	-	-	31 (88,6)
Recepção dos trabalhadores	18 (51,4)	14 (40)	2 (5,7)	1 (2,9)	-	32 (91,4)

DISCUSSÃO

Antes de iniciarmos a análise dos dados encontrados, é importante fazermos algumas considerações sobre o baixo nível amostral e o grande número de perdas (44,9% dos usuários selecionados) de nosso estudo. Alguns fatores nos parecem determinantes para justificar esse problema.

O trabalho foi realizado como requisito para a conclusão da Residência Médica, com prazo definido e carga horária restrita para sua elaboração. Além do treinamento prático e das aulas teóricas do Programa, restava-nos 4 horas semanais, que utilizávamos para revisão bibliográfica, realização de estudo piloto, amostragem, trabalho de campo, construção do banco, análise dos dados e redação do trabalho final. O horário disponível para pesquisa de campo se restringia ao período da tarde, predominantemente em horário comercial, quando boa parte dos selecionados não se encontrava em seu domicílio. A menor média de idade das perdas (52,3 anos, versus 61,9 anos de média dos entrevistados) corrobora essa hipótese.

O instrumento utilizado necessitava que o contato com o serviço de saúde fosse recente, demandando amostragem semanal e, conseqüentemente, poucas oportunidades para re-visitar as pessoas não encontradas. O pequeno número de entrevistadores vem a somar às dificuldades para coleta dos dados.

O perfil populacional entrevistado foi predominantemente de idosos e mulheres. Esse achado é condizente com a experiência da equipe da US Jardim Itu, de que a proporção de idosos de sua área é elevada. Além disso, é sabido que as mulheres são maiores utilizadoras dos serviços de saúde. Os dados sócio-econômicos (anos de estudo, características do domicílio e renda) mostram que não se trata de uma população abaixo da linha de pobreza ⁽⁴⁾.

Mais da metade das pessoas atendidas puderam agendar suas consultas antecipadamente, o que reflete uma boa organização da demanda, privilegiando o atendimento programado, em detrimento do pronto-atendimento, da livre demanda – “queixa-conduta” – vigente ainda em muitos serviços de APS. Entretanto, a forma de agendamento foi o terceiro item com pior satisfação do usuário, refletindo o problema de acesso, sabidamente conhecido

como uma das maiores dificuldades de nosso sistema de saúde. Esse achado é condizente com o estudo de Kloetzel et al., em que o acesso foi o item com a pior avaliação⁽⁹⁾.

Outra característica marcante desse serviço de APS e seus usuários é a grande proporção de pessoas que possuem um médico de referência (57,1%), em comparação ao constatado no estudo de Béria e Mendoza-Sassi (37%)⁽¹⁶⁾. Como se trata de uma unidade de ensino em serviço, com permanência limitada de pessoas em treinamento (médicos residentes e estudantes), esse dado surpreende e pode significar que o médico supervisor mantém o vínculo apesar da rotatividade de quem presta o atendimento direto ao usuário.

Chama atenção que 40% dos entrevistados não reconheceram o nível de aperfeiçoamento do médico que os atendeu. Isso pode se dever à alta rotatividade e grande número de profissionais em formação no serviço, mas pode ser também um problema de linguagem: as denominações "contratado", "residente" e "doutorando/acadêmico" são tipicamente de cunho médico.

O tempo de espera para a consulta, referido em média como de 50 minutos, foi a segunda variável com pior satisfação. Esse longo período pode traduzir desde a percepção aumentada do tempo por razão da espera até o fato de o atendimento em serviço de ensino ser realmente mais demorado por demandar supervisão.

Com relação aos itens específicos da consulta médica os resultados mostram os maiores índices de satisfação: todos acima de 90%. A percepção de duração da consulta é elevada, assim como a porcentagem de consultas em que o médico examinou o paciente. Mais uma vez, acreditamos que há influência do fator ensino: se na sala de espera ele pode atrapalhar, no atendimento ele pode ser benéfico para o usuário.

O alto nível de satisfação na grande maioria das variáveis reflete o que a literatura já demonstra sobre avaliação sob o ponto de vista do usuário⁽⁵⁾. Os principais vieses metodológicos associados à alta satisfação são facilmente identificados em nosso trabalho. Por trabalharmos com escala de Likert e com população idosa, estamos sujeitos ao viés de aquiescência (tendência do indivíduo em concordar com o primeiro item da escala, independentemente do seu conteúdo). Outro viés possível é o de gratidão (relutância em expressar opiniões negativas), comum em serviços públicos e em situações em que o usuário tem grande afinidade com os profissionais provedores de seu cuidado⁽⁵⁾.

A variável definida por Starfield como um desfecho em APS, saúde auto-referida⁽⁸⁾, tem a pior satisfação entre todos os itens. Entretanto, não sabemos com quais fatores a baixa satisfação com o estado de saúde atual está mais associado. Não temos condições suficientes neste estudo para investigar esta questão.

CONCLUSÕES

O estudo de satisfação reconhece quais áreas o usuário identifica como aquelas que merecem atenção especial. No caso da Unidade Jardim Itu, o acesso e o tempo na sala de espera, por exemplo, devem ser reavaliados pela equipe, buscando-se qualificar ainda mais o serviço.

Acreditamos ter contribuído com um pequeno passo para o desenvolvimento de instrumentos de medida de satisfação sob a perspectiva do usuário em APS no Brasil, algo fundamental e ainda incipiente no país, mas cujos resultados podem mostrar os caminhos a serem percorridos para a qualificação dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>. Acesso em: 19 janeiro 2008.
2. TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p.76-87.
3. STARFIELD, B. Atenção primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
4. Diagnóstico de demanda – Unidade de Saúde Jardim Itu. Porto Alegre, 1998.
5. ESPERIDIÃO, M; TRAD, L.A.B.; Avaliação de satisfação de usuários. Ciência & Saúde Coletiva, n.10 (Sup), p.303-312, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS. Brasília, Janeiro de 2006.
7. SANS-CORRALES, M., et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Family Practice, v.23, n.3, p.308-316, jun, 2006.

8. STARFIELD, B. Measurement of Outcome: A Proposed Scheme. *The Milbank Quarterly*, v.83, n.4, p.1-11. 2005.
9. KLOETZEL, K., et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v.14, n.3, p. 623-628, jul-set, 1998.
10. MÄNTYSELKÄ, P., et al. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, n.25, p. 27-32, 2007.
11. FAN, V.S., et al. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *Journal of General Internal Medicine*, v.20, n.5, p.452-459, mai, 2005.
12. ALAZRI, M.H.; NEAL, R.D. The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, n.20, p.486-490, 2003.
13. AL-MANDHARI, A.S.; HASSAN, A.A.; HARAN, D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *Family Practice*, v.21, n.5, p.519-527, 2004.
14. PÖLLUSTE, K.; KALDA, R.; LEMBER, M. Evaluation of Primary Health Care Reform in Estonia from Patients' Perspective: Acceptability and Satisfaction. *Croatian Medical Journal*, v.45, n.5, p. 582-587, 2004.
15. HARZHEIM E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil [Tese de Doutorado]. Alicante: Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.
16. MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.5, p. 1257-1266, 2003

PROTOCOLO PARA MANEJO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

Protocol For Management In Juvenile Systemic Lupus Erythematosus

Ilóite Scheibel*, Markus Bredemeier**, Airtton Stein***, Aline Vieira e Silva****, Camila Rampf Coelho****, Geruza Mara Hendges****

RESUMO

Magnitude: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença rara antes dos 5 anos, com pico de incidência entre os 10-15 anos. A incidência estimada é de 0,6/100.000 crianças/ano abaixo de 15 anos dependendo da população. Aproximadamente 15% dos indivíduos com LES terá o início de sua doença antes dos 18 anos de idade. O quadro clínico do lúpus juvenil e o do adulto são semelhantes, mas as manifestações na criança e adolescentes são geralmente mais graves. 1. Em pacientes pós-púberes a preponderância do sexo feminino é bastante evidente, (F/M: 5,4/1). 3. **Transcendência:** Lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune, podendo variar muito em sua gravidade, tanto no início quanto durante o seu curso. Algumas crianças podem apresentar manifestações leves com poucos sintomas e sem envolvimento de órgãos vitais, enquanto outras podem ser gravemente doentes, com diversos órgãos afetados. As crianças geralmente têm um início da doença mais grave e de progressão mais rápida do que nos adultos, com maiores complicações durante a vida. A doença é crônica, apresentando períodos de crises e remissões. Os impactos na estrutura familiar e os cuidados com a criança exigem uma abordagem multidisciplinar. Apesar da patogênese ainda ser desconhecida e de não haver cura para o LES, a abordagem multidisciplinar, de equipe médica com experiência adequada, traz bons resultados a longo prazo. **Vulnerabilidade:** LES é uma doença multifatorial envolvendo fatores genéticos, hormonais, imunes e ambientais 4,5. Os comprometimentos renal e neurológico estão relacionados a um pior prognóstico. Na lesão renal, as nefrites proliferativas de classes III e IV, se não tratadas precocemente e adequadamente podem levar à insuficiência renal. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):52-61)

Descritores: LES, Lupus Eritematoso Sistêmico, doença Reumática

ABSTRACT

Magnitude: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a rare disease before 5 years of age, with peak of incidence between 10-15 years of age. The estimated incidence is 0.6/100,000 children/year below 15 years of age, depending on the population. About 15% of individuals with SLE will have their illness onset before their 18 years of age. The clinical profile of juvenile and adult lupus is similar, but the manifestations in children and adolescents are usually more severe. In postpubertal patients the preponderance of the female sex is quite evident (F/M: 5.4/1). 3. **Transcendence:** Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease, which may vary in its gravity, both on the beginning and during its course. Some children may present mild manifestations with few symptoms and without involving vital organs, while others may be very severe, with several affected organs. The disease is usually more severe and has a faster progression in children rather than adults, with higher complications during life. The disease is chronic, presenting crisis and remission periods. The impacts on the family structure and child care require a multidisciplinary approach. Even though pathogenesis is still unknown and there is no cure for SLE, the multidisciplinary approach, with properly experienced medical staff, brings good results at a long term basis. **Vulnerability:** SLE is a multifactorial disease which involves genetic, hormonal, immune and environmental factors. The renal and neurological impairments are related to a worst prognosis. In renal lesion, class III and IV proliferative nephritis, if not treated precociously and properly, may lead to renal failure. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):52-61)

Key Words: Systemic lupus erythematosus, Rheumatic disease

* Médica Pediatra, Preceptora do programa de Residência Médica em Pediatría do HCC

** Médico Reumatologista, Supervisor do programa de Residência Médica em Reumatologia do HNSC Preceptor

*** Coordenador do Núcleo de Avaliação em Tecnologia em Saúde do GHC, professor de Saúde Coletiva da UFCSPA E ULBRA

**** Médicas residentes do Programa de Pediatría do HCC

INTRODUÇÃO

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença sistêmica, remittente, crônica, autoimune, caracterizada por inflamação generalizada dos vasos e tecido conjuntivo que resulta em eventuais danos em uma ampla gama de órgãos e sistemas, e pela presença de anticorpos antinucleares (o fator antinuclear – FAN) no soro dos pacientes ⁽¹⁾. O curso clínico é muito variável, de leve a grave, e potencialmente com risco de vida ⁽²⁾.

As denominações Lúpus juvenil, pediátrico ou de início na infância, são usadas para referir-se à doença ocorrendo antes dos 16 anos ⁽⁷⁾. O lúpus juvenil ocorre em 15- 20% de todos os pacientes com lúpus, com idade de início geralmente aos 12-14 anos, e raramente antes dos 5 anos. A incidência estimada é de 0,6/100.000 crianças/ano abaixo de 16 anos, dependendo da população ^(1,7). Comparado ao lúpus do adulto, a frequência de comprometimento no sexo masculino é alto (cerca de 20% dos pacientes com lúpus juvenil são meninos) ⁽⁷⁾.

A patogênese do LES ainda não é totalmente entendida, mas sabe-se que fatores genéticos, hormonais e ambientais estão envolvidos no seu desenvolvimento ⁽⁷⁾. Ter um familiar com lúpus representa um fator de risco para a doença, mas há apenas 2% de chance que uma criança, cujos pais tenham LES, de desenvolvê-lo ⁽⁴⁾. A presença de fatores hormonais é sugerida pela maior incidência no sexo feminino. O papel dos hormônios exógenos, como a pílula anticoncepcional e a terapia de reposição hormonal (HRT) em exacerbar ou precipitar Lúpus é controverso. Estrogênios podem aumentar o risco de exacerbação da doença em mulheres com Lúpus ⁵. Entre os fatores ambientais conhecidos, destaca-se a exposição à luz ultravioleta (UV). Ambos os UV-B e UV-A estão relacionados ⁽⁴⁾. Exposições tóxicas, incluindo sílica e mercúrio também têm sido associadas ao LES ⁽⁴⁾.

Estudos sugerem que a patogenia do LES envolve a perda de tolerância a autoantígenos gerados por alterações na apoptose celular; anormalidades na imunidade inata; anormalidade no sistema imune adaptativo incluindo células apresentadoras de antígenos, células T, células B, e mais recentemente, regulação anormal no interferon alfa. Auto-anticorpos podem estar presentes por muitos anos

antes da manifestação clínica da doença, e pode haver aumento do número de anticorpos pouco antes de os sintomas se desenvolverem, apontando para uma patogênese multifatorial ⁽⁵⁾.

OBJETIVO

Estabelecer um protocolo padrão para o diagnóstico e tratamento precoces do LES juvenil nos pacientes atendidos na internação e no ambulatório do Hospital da Criança Conceição.

MÉTODOS

Revisão bibliográfica de artigos publicados nos últimos cinco anos utilizando os bancos de dados Medline/ Pubmed , Lilacs, Scielo e biblioteca Cochrane. Foram usados os seguintes termos "MESH/ DECS": lúpus, juvenil, lúpus eritematoso sistêmico, lúpus pediátrico, nefrite, lúpus neurológico, lúpus de pele, tratamento, diagnóstico, vacinas, gravidez e lúpus (bem como as versões em inglês desses termos).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Manifestações Clínicas

A idade de início modifica a expressão da doença em termos de apresentação clínica, padrão de envolvimento de órgãos e manifestações sorológicas ⁽³⁾.

O aparecimento na infância está relacionado a maior gravidade renal que no adulto, a problemas do crescimento e a danos iatrogênicos associados às medicações, tornando necessário uma abordagem em equipe multidisciplinar.

As manifestações iniciais são comumente inespecíficas como febre, fadiga e perda de peso ⁽¹⁾ (Quadro 1). O quadro clínico geralmente está relacionado ao aparecimento de anticorpos contra elementos do núcleo das células (FAN positivo), exantema malar e fotossensibilidade, artrite, e alterações hematológicas. No entanto, todos os demais sistemas orgânicos podem ser acometidos ¹. Algumas das manifestações clínicas são utilizadas nos critérios de doença e diagnóstico conforme o Quadro 2.

Quadro 1. Achados clínicos e exames laboratoriais do lúpus eritematoso sistêmico juvenil.

CLÍNICA	COMENTÁRIO
Exantema	Exantema malar poupando sulco nasolabial, eritema palmar, acompanhado de ulceração eritematosa em palato duro são muito sugestivas.
Sintomas sistêmicos	Febre, cansaço, mal-estar, cefaléia, dificuldade cognitiva na escola (provável envolvimento SNC, ou somente relacionado ao estado de doença).
Artrite	Poliartrite de pequenas e grandes articulações com mais queixa de dor que sinais objetivos de sinovite.
EXAMES	COMENTÁRIO
Hemograma, VSG, PCR.	Leucopenia, anemia, plaquetopenia. Geralmente o VSG é normal. O PCR pode sugerir infecção associada.
EQU	Hematúria e proteinúria são sugestivas de nefrite lúpica.
FAN e anticorpos específicos	FAN negativo quase exclui LES. Anti-DNA e/ou Anti-Sm são específicos para LES
Complementos	C3 e C4 baixos indicam doença por imunocomplexo ou deficiência de complemento. Usados para monitorar a atividade da doença.

Fonte: Making the diagnosis of systemics lúpus erythematosus in children and adolescents. Lancet 2007; 16: 546-5491

Diagnóstico

O diagnóstico preciso e precoce de LES em crianças e adolescentes é muito importante para garantir o adequado início do tratamento a fim de evitar resultados devastadores em longo prazo ⁽¹⁾. Utiliza-se para o diagnóstico de LES juvenil (LESj) os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (Quadro 2) que tem igual acurácia em criança quanto para os adultos ⁽²⁾.

De acordo com o Colégio Americano de Reumatologia são necessários 4 dos 11 critérios para classificar uma doença como lúpus, mas o diagnóstico pode ser dado com menos critérios, apesar de muitos estudos identificarem que 90-95% dos pacientes completam 4 critérios quando do diagnóstico ⁽²³⁾.

Frente a um diagnóstico de LESj, uma grande preocupação é o envolvimento renal e cerebral que evoluem com pior prognóstico. A função renal deve ser medida pela creatinina sérica ou, de preferência, pelo índice estimado de filtração glomerular. O exame padrão ouro para classificação da doença renal é a biópsia, apesar desse exame

não ser necessário para o diagnóstico de nefrite lúpica. Idealmente, a biópsia renal deveria ser analisada a partir de 20 glomérulos, por histopatologia e imunofluorescência (e eventualmente, microscopia eletrônica) utilizando-se a classificação da Sociedade Internacional de Nefrologia e da Sociedade de Patologia Renal de 2003 (International Society of Nephrology (ISN)/Renal Pathology Society (RPS) 2003 classification system) (Quadro 3). A biópsia pode ser repetida para distinguir entre nefrite lúpica ativa ou presença de lesões crônicas irreversíveis AM algumas situações clínicas.

O diagnóstico do comprometimento cerebral é clínico. Os exames realizados (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada de encéfalo, punção lombar e, comumente, eletroencefalograma) servem para o diagnóstico diferencial com outras causas de alterações encefálicas, principalmente infecção. A ressonância magnética com gadolínio mostrou-se melhor que a tomografia na identificação de lesão cerebrovascular como oclusão venosa ou arterial (grau de recomendação D). A análise da presença de anticorpo anti-P ribossomal

(anticorpo associado à depressão e psicose no LES) no soro dos pacientes, pode auxiliar no diagnóstico no acometimento lúpico do sistema nervoso central. A presença de alterações isquêmicas nos exames de imagem pode sugerir a sobreposição com síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), que necessita tratamento com anticoagulantes em vez de imunossuppressores.

Há uma série de doenças infecciosas pediátricas, doenças linfoproliferativas que devem ser consideradas em uma criança ou adolescente como diagnóstico diferencial ⁽¹⁾. O ALGORITMO (Figura 1) mostra uma sequência que pode facilitar o caminho para o diagnóstico.

Quadro 2 : Critérios para classificação de LES, 1982, revisado em 1997 23

1.Eritema malar	Eritema fixo sobre a proeminência malar, tendendo a poupar o sulco nasolabial
2.Lesão discoide	
3.Fotossensibilidade	Reação de pele incomum durante exposição ao sol.
4.Úlceras orais/nasais	Lesões indolores.
5.Artrite não erosiva	
6.Serosite:	Pleurite ou pericardite
7.Doença renal:	Proteinúria persistente de 0,5g/dia ou $\geq 3+$ no sedimento em 2 coletas ou cilindrúria anormal.
8.Doença neurológica	Convulsões /psicose
9.Citopenias:	Anemia hemolítica ou leucopenia $< 4000/\mu\text{L}$ (2 x) ou linfopenia $< 1500/\mu\text{L}$ (2x) ou trombocitopenia $< 100,000/\mu\text{L}$
10.Imuno-sorologia	Anticorpos anti-nDNA, anti-Sm, ou antifosfolípide (IgG ou IgM anticardiolipina ou teste positivo para anticoagulante lúpico ou teste falso positivo (VDRL) para sífilis)
11.Anticorpo antinuclear	FAN (descartar drogas)
Uma pessoa é definida como tendo LES se tiver 4 ou mais dos 11 critérios que podem não aparecer simultaneamente	

Fonte: Cohen AS, Fires JF et al. The 1982 revised criteria for the classification of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis rheum* 40:1725,199723

Quadro 3: Classificação da lesão renal no lúpus

Classe	Microscopia	Clínica
I lesão mesangial mínima	Celularidade normal	Assintomática
II proliferativa mesangial	Aumento leve na celularidade.	Assintomático
III proliferativa focal	< 50% dos glomérulos com depósitos na membrana glomerular e depósitos mesangiais.	Raramente S. nefrítica
IV proliferativa difusa	>50% dos glomérulos com depósitos em mesângio e subepitélio.	Síndrome nefrítica e ou s.nefrótica, hipertensão
V membranosa	Espessamento da membrana basal glomerular (GBM), depósito subepitelial maior que depósito mesangial.	Síndrome nefrótica, raramente hipertensão.
VI esclerose	90% com glomerulosclerose, doença avançada irreversível.	Síndrome nefrítica e nefrótica, hipertensão.

Fonte: Silverman E. Eddy A. Systemic Lupus Erythematosus in: Cassidy. Petty. Laxer. Linsley. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia ed.Elsevier. 6th ed. 2011,pg322-2510

Tratamento

O esquema terapêutico é variável dependendo do órgão envolvido, da atividade e comprometimento da doença, acesso às medicações e preferências locais. Os medicamentos convencionais que são comumente usados no tratamento do LES incluem anti-inflamatórios não hormonais (AINE), antimaláricos, corticosteróides, e agentes citotóxicos, sendo os corticoesteróides os pilares no controle da doença ⁽²⁾. O Quadro 4 apresenta as medicações mais frequentemente utilizadas e suas indicações; a tabela mostra 5 as medicações utilizadas conforme o órgão acometido, descrevendo os graus de recomendação. ^(10,12)

Como a expectativa de vida dos pacientes com LES aumentou, novas complicações foram reconhecidas. A aterosclerose acelerada e a hipertensão surgem como as principais causas de morbidade após a infecção. No entanto, há poucos estudos longitudinais que descrevem o prognóstico destas crianças a longo prazo, incluindo o impacto da doença e do tratamento em seu desenvolvimento físico e psicológico ⁽²⁾.

Infelizmente, como acontece com a maioria dos outros transtornos reumáticos autoimunes, não há ainda cura para o LES e todas as intervenções até essa data visam o controle das manifestações da doença ⁽²⁾.

Quadro 4: Medicações utilizadas no LESj.

Medicação	Indicação	Dose	Efeito colateral
Glicocorticóides -prednisona-	Em todas as manifestações do LES, com doses variáveis (D) ¹⁹	Dose moderada -0,25 a 0,5mg/kg/d (manifestações de menor gravidade) Dose alta -1 a 2mg/kg/d -(manifestações graves, como nefrite e acometimento do sistema nervoso central) Casos graves -30mg/kg/d metilprednisolona (máximo 1g) pulsoterapia.	Osteoporose Redução do crescimento Risco de infecção Catarata-glaucoma
Anti-inflamatórios não-hormonais	Manifestações musculoesqueléticas (artralgia, artrite, mialgia) ou pleurite	Variável (ibuprofeno, naproxeno)	Meningite asséptica epigastralgia
Hidroxicloroquina	Utilizado sempre que possível: reduz reagudizações ¹⁵ (A), poupa corticóide, melhora perfil lipídico ^{16,14} (B).	5 a 6mg/kg/dia, uma vez ao dia. Máximo 400mg/dia	Lesão ocular retiniana (necessita avaliação oftalmológica anual)
Azatioprina	Nefrite lúpica (tratamento de manutenção); poupadora de corticóide (D) ¹⁷	3mg/kg/dia uma vez ao dia máximo de 150mg/dia	Supressão da medula
Metotrexato	Artrite; poupador de corticóide (C) ¹⁸	10 a 20mg/m ² oral ou sub-cutâneo uma vez na semana.	Hepatotoxicidade Supressão da medula
Ciclofosfamida	Lupus neuro-psiquiátrico; tratamento de indução de nefrite	0,5 a 1g /m ² , mensal, endovenoso por 6 meses e após 3/3 meses por 1	Supressão da medula, infecções, infertilidade, neoplasia
	lúpica(A) ²⁰ (classes III, IV e V)	ano	
Micofenolato mofetil	Nefrite lúpica proliferativa e membranosa; doença neuropsiquiátrica; poupador de corticóide quando as outras falham	1 g/m ² dia	Supressão da medula; diarreia; infecções; hepatotoxicidade

Fonte: Consenso de lúpus eritematoso sistêmico 200812

Quadro 5 : Tratamento do LESJ a partir do órgão acometido.

Anemia hemolítica	Prednisolona em alta dose por 4 semanas (D) ¹³ . Metilprednisolona 30mg/kg 3 dias nos casos refratários (D) ²¹ Prednisolona + azatioprina (D) ²¹ Prednisolona + danazol (B) ²⁴ Imunoglobulina EV (C) ²²
Plaquetopenia (maior que 50.000 não precisa ser tratada (D)) ¹³	Prednisolona (D) ²¹ Metilprednisolona (D) ²¹ Ciclofosfamida (C) ²⁶ Danazol (A) ²⁵ Prednisolona + azatioprina (C) ²⁸ Prednisolona + hidroxycloquina (D) ²⁷ Imunoglobulina (C) ³⁰ Esplenectomia (C) ²⁹
Pleurite, pneumonite, hemorragia pulmonar	Anti-inflamatório não hormonal: casos leves de pleurite (D) ³² Corticoide: casos mais graves (C) ³³
Manifestação neuropsiquiátrica	Ciclofosfamida (C) ³¹
Fenômeno tromboembólico por anticorpo antifosfolípidos	Anticoagulante (D) associacao com a hidroxycloquina pode contribuir para a prevencao da trombose ³⁴ (C).
Mielopatia	Metilprednisolona em pulso+ ciclofosfamida (B) ³⁵
Nefropatia	Controle rigoroso da pressão com inibidores da angiotensina, com efeito renoprotetor e anti-proteinúrico (A) ³⁶
Nefrites proliferativas (Classe III-IV) e nefrite membranosa (classe V)	Com disfunção renal: metilprednsiolona 30mg/kg dose/dia por 3 dias (B) ou 1 a 1,5mg/kg dia por 8 semanas com redução até 0,25mg/kg/d (C) Ciclofosfamida 0,5-1gr/m ² /mês por 6 meses (A) ³⁰ e manutenção com micofenolato e prednisona ou azatioprina com prednsisona (A) ³⁸ . A associação de Imunossupressor com glicocorticóide foi mais eficaz na preservação da função e sobrevida renais do que glicocorticóide isolado (A) ³⁷ Entre os imunossupressores podem ser indicados: ciclosporina (na nefrite classe V) (C) ⁵⁰ e Azatioprina (principalmente no tratamento de manutenção após indução com ciclofosfamida) (A) ³⁸ , ou micofenolato de mofetil (A). ^{38,39}

Fonte: Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico 200812

*títulos de FAN em IFI em HEp-2 positivo

baixos títulos (1/80) ; moderados (1/160 e 1/320) ; elevados (≥ 1/640),

Quadro 6: Correlações clínicas de alguns Padrões de FAN

Nuclear homogêneo: pode indicar presença dos anticorpos anti-DNA nativo (marcador de LES), antihistona (LES e induzido por drogas) (18), mas também presente em Artrite reumatóide, Artrite idio-pática juvenil, importante associação com uveíte na forma oligoarticular, cirrose biliar primária.

Pontilhado fino denso: É um dos padrões mais frequentemente

encontrados na rotina, sem correlação estabelecida, podendo ser encontrado em pessoas com doença auto-imune, processos inflamatórios (asma, dermatite atópica, psoríase) e indivíduos saudáveis.

Pontilhado fino: pode indicar a presença de anticorpo anti SS-A/Ro (26) e SS-B/La (26) presentes na Síndrome de Sjögren primária, lúpus eritematoso sistêmico, lúpus neonatal e lúpus cutâneo subagudo.

Nuclear pontilhado grosso: pode estar relacionado aos anticorpos anti-Sm (marcador para LES) e anti-RNP (25). Relacionado a LES, doença mista do tecido conjuntivo, esclerose sistêmica, artrite reumatóide.

Fonte: 3º Consenso Brasileiro para pesquisa de autoanticorpos em Células HEp-2 (FAN). Rev Bras Reumatol 2009;49(2):89-109

Anticoncepção/ Gravidez /Amamentação

A gravidez deve ser planejada e não deve ocorrer durante a nefropatia em atividade, ocorrendo, é considerada de alto-risco (40). Um método efetivo de contracepção são os anticoncepcionais orais de baixa dosagem de estrógenos. Não estão relacionados a indução de atividade da doença. São contraindicados na presença de anticorpos antifosfolípidios por risco aumentado de trombose (39,42)

Na gestação, doses baixas de prednisona, hidroxicloroquina e ácido acetilsalicílico (100mg), nas gestantes com anticorpo antifosfolípidio) podem ser utilizados. A opção quando for preciso um imunossupressor é a azatioprina, <2 mg/Kg (44). Não devem ser usados o metotrexato, a leflunomida, o micofenolato mofetil e a ciclofosfamida (43,45)

Na amamentação dose super a 20mg de prednisona deve ser evitada. Sendo necessária dose alta de glicocorticoide, a paciente deve dar um intervalo de 4 horas entre a tomada da medicação e a amamentação (46)

Vacinação

As crianças e adolescentes devem ser encaminhados para vacinação contra o pneumococo (47) e influenza (48), pois são seguras e têm uma eficácia quase semelhante àquela observada na população normal. Ao ser indicada a vacina contra varicela, deve-se aguardar no mínimo 2 semanas para iniciar com tratamento imunossupressor. Isto torna sua prescrição difícil, pois geralmente o diagnóstico de LES nos impõe o início do tratamento com corticóide. Vacinas de vírus vivos não devem ser prescritas em pacientes com LES (49)

Prognóstico

A sobrevida em 5 anos nos pacientes com LESj aumentou muito, de 40 a 90% a partir de 1980. A maior causa de morte no lúpus pediátrico é a doença renal grave, recidivas e infecção. O acometimento neuropsiquiátrico é um fator de risco para mau prognóstico, e as doenças cardiovasculares tem um papel importante na mortalidade no lúpus adulto. A remissão da doença é rara, mas não se tem descrição do percentual (11).

CONCLUSÃO

A expectativa de vida dos pacientes com LESj teve significativa melhora, com diagnóstico e tratamento precoces. O atraso no diagnóstico, especialmente em pacientes com baixo grau de doença, continua sendo um problema, mas o futuro é promissor em termos potenciais de novos tratamentos (4). Os demais desafios incluem a melhoria da qualidade de vida minimizando o uso de corticosteróides, reduzindo infecções e fadiga, e minimizando riscos cardiovasculares que ainda acarretam consideráveis perdas de vida (4).

REFERÊNCIAS

1. TUCKER LB; Review: Making the diagnosis of systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Lancet* 2007; 16: 546-549.
2. WONG M. LAU CS. Management of systemic lupus erythematosus: a brief update on recent advances. *APLAR Journal of Rheumatology* 2006; 9: 387-391
3. PLUNCHINOTTA FR. SCHIAVO B. VITTADELLO F. MARTINI G. PERILONGO G. ZULIAN F. Distinctive clinical features of pediatric systemic lupus erythematosus in three different age classes. *SAGE Publications* 2007; 16 :550-555.
4. PETRI M. Systemic lupus erythematosus 2006 Update. *Journal of clinical Rheumatology*, 2006; vol. 12, nº1,

37-40.

5. CRU D.P.D. Clinical Review: Systemic lupus erythematosus. *BMJ* 2006; Vol. 332; 890-894

6. MOORTHY LN, PETERSON MGE, HARRISON MJ, ONEL KB, LEHMAN TJA. Review: Quality of life in children with systemic lupus erythematosus: a review. *SAGE Publications* 2007; 16: 663-669.

7. HERMINE I, BRUNNER, JENNIFER HUGGINS AND MARISA S. KLEIN-GITELMAN. Pediatric SLE towards a comprehensive management plan. *Nat. Rev. Rheumatol* 2011; 7: 225-233

8. FERRAZ, M. B. ET AL. Evaluation of the 1982 ARA lupus criteria data set in pediatric patients. Committees of Pediatric Rheumatology of the Brazilian Society of Pediatrics and the Brazilian Society of Rheumatology. *Clin. Exp. Rheumatol.* 12, 83-87 (1994).

9. GORDON C, JAYNE D, PUSEY C ET AL. European consensus statement on the terminology used in the management of Lupus 2009; 18; 257.

10. SILVERMAN E, EDDY A, Systemic Lupus Erythematosus in: Cassidy. Petty. Laxer. Linsley. Textbook of Pediatric Rheumatology. Philadelphia ed. Elsevier. 6th ed. 2011

11. RINA MINA, MD, HERMINE I. BRUNNER. Pediatric Lupus Are There Differences in Presentation, Genetics, Response to Therapy, and Damage Accrual Compared with Adult Lupus? *Rheum Dis Clin N Am* 2010; 36: 53-80

12. BORBA E.F., LATORRE L.C., BRENOL J.C.T. ET AL. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol* 2008 jul/ago; 48(4):196-207

13. QUISMORIO FP JR. Hematologic and lymphoid abnormalities in systemic lupus erythematosus. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. *Dubois lupus erythematosus*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 793-819.

14. Meinao IM, Sato EI, Andrade LE, et al.: Controlled trial with chloroquine diphosphate in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1996; 5: 237-41

15. The Canadian Hydroxychloroquine Study Group: A randomized study of the effect of withdrawing hydroxychloroquine sulfate in systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 324: 150-4, 1991.

16. SACHET JC, BORBA EF, BONFÁ E, ET AL.: Chloroquine increases low-density lipoprotein removal from plasma in systemic lupus patients. *Lupus* 16(4): 273-8, 2007.

17. MACCUNE WJ, MARDER WE, RISKALLA M: Immunosuppressive drug therapy. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. *Dubois lupus erythematosus*. 7th ed. Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 1198-224.

18. CARNEIRO JR, SATO EI: Double blind, randomized, placebo controlled clinical trial of methotrexate in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 26: 1275-9, 1999.

19. KIROU KA, BOUMPAS DT: Systemic glucocorticoid therapy in systemic lupus erythematosus. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. *Dubois lupus erythematosus*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 1175-97

20. AUSTIN HA 3RD, KLIPPEL JH, BALOW JE, ET AL.: Therapy of lupus nephritis: controlled trial of prednisone and cytotoxic drugs. *N Engl J Med* 314: 614-9, 1986.

21. GOMARD-MENESSON E, RUIVARD M, KOENIG M, ET AL.: Treatment of isolated severe immune hemolytic anaemia associated with systemic lupus erythematosus: 26 cases. *Lupus* 2006; 15: 223-31.

22. MAJER RV, HYDE RD: High-dose intravenous immunoglobulin in the treatment of autoimmune haemolytic anaemia. *Clin Lab Haematol* 1988; 10: 391-5.

23. COHEN AS, FIRES JF ET AL. The 1982 revised criteria for the classification of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis rheum* 40:1725, 1997

24. AVINA-ZUBIETA JA, GALINDO-RODRIGUEZ G, ROBLEDO I, ET AL.: Long-term effectiveness of danazol, corticosteroids and cytotoxic drugs in the treatment of hematologic manifestations of systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2003; 12: 52-57

25. CERVERA H, JARA LJ, PIZARRO S, ET AL.: Danazol for systemic lupus erythematosus with refractory autoimmune thrombocytopenia or Evans syndrome. *J Rheumatol* 1995; 22: 1867-71

26. ROACH BA, HUTCHINSON GJ: Treatment of refractory, systemic lupus erythematosus associated thrombocytopenia with intermittent low-dose intravenous cyclophosphamide. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 682-4

27. ARNAL C, PIETTE JC, LEONE J, ET AL.: Treatment of severe immune thrombocytopenia associated with systemic lupus erythematosus: 59 cases. *J Rheumatol* 2002; 29: 75-83

28. GOEBEL KM, GASSEL WD, GOEBEL FD: Evaluation of azathioprine in autoimmune thrombocytopenia and lupus erythematosus. *Scand J Haematol* 1973; 10: 28-34

29. ARNAL C, PIETTE JC, LEONE J, ET AL.: Treatment of severe immune thrombocytopenia associated with systemic lupus erythematosus: 59 cases. *J Rheumatol* 29: 75-83, 2002.

30. TER BORG EJ, KALLENBERG CG: Treatment of severe thrombocytopenia in systemic lupus erythemato-

- sus with intravenous gammaglobulin. *Ann Rheum Dis* 51: 1149-51, 1992.
31. BOUMPAS DT, YAMADA H, PATRONAS NJ, ET AL.: Pulse cyclophosphamide for severe neuro-psychiatric lupus. *Q J Med* 1991; 81: 975-84
32. D'CRUZ D, KHAMASHTA MA, HUGHES G: Pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. In: Wallace DJ, Hahn BH. *Dubois' Lupus Erythematosus*. Philadelphia, 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2007. p. 678-99.
33. MAN BL, MOK CC: Serositis related to systemic lupus erythematosus: prevalence and outcome. *Lupus* 14: 822-6, 2005
34. PETRI M: Hydroxychloroquine use in Baltimore Lupus Cohort: effects on lipids, glucose and thrombosis. *Lupus* 1996; 5(Suppl 1): S16-22
35. BARILE L, LAVALLE C: Transverse myelitis in systemic lupus erythematosus the effect of IV pulse methylprednisolone and cyclophosphamide. *J Rheumatol* 1992; 19: 370-2
36. RUGGENENTI P, PERNA A, GHERARDI G, ET AL.: Renal function and requirement for dialysis in chronic nephropathy patients on long-term ramipril: REIN follow-up trial. Gruppo Italiano di Studi Epidemiologici in Nefrologia (GISEN). Ramipril Efficacy in Nephropathy. *Lancet* 1998;352: 1252-6
37. FLANC RS, ROBERTS MA, STRIPPOLI GF, ET AL.: Treatment of diffuse proliferative lupus nephritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Kidney Dis* 2004;43: 197-208
38. CONTRERAS G, PARDO V, LECLERCQ B, ET AL.: Sequential therapies for proliferative lupus nephritis. *N Engl J Med* 2004; 350: 971-80
39. SINCLAIR A, APPEL G, DOOLEY MA, ET AL.: Mycophenolate mofetil as induction and maintenance therapy for lupus nephritis: rationale and protocol for the randomized, controlled Aspreva Lupus Management Study (ALMS). *Lupus* 2007;16(12): 972-80
40. UROWITZ MB, GLADMAN DD, FAREWELL VT, ET AL.: Lupus and pregnancy studies. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 1392-7
41. CLOWAW ME, MAGDER LS, PETRI M: The impact of increased lupus activity on obstetric outcomes. *Arthritis Rheum* 200; 552: 514-21
42. PETRI M, KIM MY, KALUNIAN KC, ET AL.: OC-SELENA Trial. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2005; 353: 2550-8
43. PETRI M: Pregnancy in SLE. In: Hochberg M, ed. *Rheumatology*. 3th.ed 2003. p. 1427-30.
44. ANDERSON PO: Drugs and breast feeding. *Semin Perinatol*, 3: 271-8, 1979.
45. BERMAS BL, HILL JA: Effects of immunosuppressive drugs during pregnancy. *Arthritis Rheum* 38: 1722-32, 1995.
46. OST L, WETTRELL G, BJORKHEM I, RANE A: Prednisolone excretion in human milk. *J Pediatr* 1985;106: 1008-11
47. KLIPPEL JH, KARSH J, STAHL NI, ET AL.: A controlled study of pneumococcal polysaccharide vaccine in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1979; 22: 1321-5
48. ABU-SHAKRA M, ZALMANSON S, NEUMANN L, ET AL.: Influenza virus vaccination of patients with systemic lupus erythematosus: effects on disease activity. *J Rheumatol* 2000; 27: 1681-5
49. O NEILL SG, ISENBERG DA: Immunizing patients with systemic lupus erythematosus: a review of effectiveness and safety. *Lupus* 2006;15(11): 778-83
50. RADHAKRISHNAN J, KUNIS CL, D'AGATI V, APPEL GB: Cyclosporine treatment of lupus membranous nephropathy. *Clin Nephrol* 1994; 42: 147-54

PROTOCOLO PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA NEOPLASIA EPITELIAL DE OVÁRIO

Protocol For Diagnosis And Treatment Of Pelvic Inflammatory Disease

Luísa Franco Soriano*, Luciana Silveira Campos**, Leo Francisco Limberger***, Assis Oberdan Poser****, Fabiana M. Faust*, Caroline Cristofari*

RESUMO

Magnitude: Na América Latina, a incidência da neoplasia maligna de ovário atinge 8/100.000 mulheres aproximando-se daquela dos países desenvolvidos, que é de 10/100.000 mulheres¹. Estima-se que ocorram, no Brasil, entre 3.800 e 3.900 casos da doença por ano. A incidência supera a dos países industrializados em dois registros de câncer de base populacional: Porto Alegre (13/100.000 mulheres) e São Paulo (11/100.000)².

Transcendência: O câncer ovariano é um evento raro e a principal causa de mortalidade dentre as neoplasias ginecológicas, consistindo na sétima causa de óbito em mulheres. Cerca de 43% das mulheres sobrevivem por mais de cinco anos após o diagnóstico³. Esses resultados desfavoráveis são explicados pela sintomatologia inespecífica e o diagnóstico tardio: cerca de 70% dos casos são diagnosticados nos estádios avançados (III e IV), para os quais a sobrevida média livre de doença não ultrapassa 18 meses⁴.

O carcinoma epitelial é o tipo histológico mais comum (90% dos casos) acometendo mulheres com idade acima dos 50 anos⁴. A idade média do diagnóstico na população geral é de 63 anos.

O perfil epidemiológico típico para risco de câncer de ovário é o da mulher na pós-menopausa, nulípara e de nível socioeconômico mais elevado. Aproximadamente 5% dos casos restantes são diagnosticados em mulheres com síndromes hereditárias que, na maioria das vezes (65 a 75%), são decorrentes de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 ou associação com Síndrome de Lynch. Nesses casos, o diagnóstico costuma ocorrer em mulheres jovens⁵.

Vulnerabilidade: Evidências disponíveis até o momento sugerem que nenhuma estratégia de rastreamento de câncer de ovário já avaliada tenha levado à redução da mortalidade, não havendo ainda recomendação uniformizada para o rastreio populacional dessa neoplasia⁶. O desempenho insuficiente dos testes utilizados, como dosagem sérica de CA-125 e ultrassonografia pélvica transvaginal, mesmo quando analisados em conjunto, é decorrente da relativa baixa prevalência da doença e da dificuldade em se lidar com resultados falsos-positivos^{7,8}.

Mais de 80% das mulheres com câncer de ovário avançado apresentam CA-125 elevado (>30 ou 35 U/mL). Entretanto, naquelas com doença inicial e curável, que seriam o objetivo final do rastreamento, apenas 50 a 60% têm o teste positivo. Tais valores estão aquém dos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para casos esporádicos, que constituem a maioria dos carcinomas de ovário, a estratégia de prevenção primária mais efetiva é o uso de contraceptivos hormonais orais⁹. O uso por pelo menos 5 anos consecutivos se associa à redução do risco, não só na população geral, como nos grupos de alto risco. Existe comprovada associação entre o uso desses contraceptivos e a redução da incidência da doença, acompanhada de efeito dose-resposta: quanto mais prolongado o tempo de uso, maior a redução do risco de câncer¹⁰.

O tratamento da neoplasia epitelial maligna de ovário depende do seu estadiamento, e este é determinado cirurgicamente. Durante a laparotomia, avalia-se a extensão da doença na cavidade abdomino-pélvica, objetivando-se a ressecção de toda a doença macroscópica. Coleta-se material para análise anatomopatológica e citopatológica. De posse destes dados, é possível determinar o estadiamento da doença. A padronização da intervenção cirúrgica em pacientes com forte suspeita de carcinoma de ovário otimiza a sobrevida das pacientes¹¹. (Mom & Persp Saúde. 2012;25(1)62-72)

Descritores: cancer de ovário, neoplasia epitelial de ovário, cancer ginecológico.

ABSTRACT

Magnitude: In Latin America, the incidence of malignant neoplasm of ovary reaches 8/100.000 in women approaching of developed countries, it is women 10/100.000¹. In Brazil, between 3,800 and 3,900 cases a year are estimated. The incidence exceeds in records in two population-based cancer industrialized countries: Porto Alegre (13/100.000 women) and São Paulo (11/100.000)².

Transcendence: Ovarian cancer is a rare event and the leading cause of death among gynecological malignancies, consisting of the seventh leading cause of death in women. About 43 % of women survive for more than five years after diagnosis³. These unfavorable results are explained by nonspecific symptoms and late diagnosis: about 70 % of cases are diagnosed at advanced stages(III and IV), for which the average disease-free survival does not exceed 18 months⁴. The epithelial carcinoma is the most common histological type (90 % of cases) occurring in women aged 50 years⁴. The average age of diagnosis in the general population is 63 years. The typical profile for epidemiological risk of ovarian cancer is the woman postmenopausal, nulliparous and higher socioeconomic level. Approximately 5 % of the remaining cases are diagnosed in women with hereditary syndromes, most of the time (65-75 %) are caused by mutations in the BRCA1 and BRCA2 genes or association with Lynch Syndrome. In such cases, the diagnosis usually occurs in young women⁵.

Vulnerability: Evidence available so far suggests that no has evaluated screening strategy for ovarian cancer has led to a reduction in mortality, but there was still uniform recommendation for screening this population neoplasia⁶. The poor performance of the tests used, such as serum CA - 125 and transvaginal pelvic ultrasound, even when considered together, is due to the relatively low prevalence of the disease and the difficulty in dealing with false positives^{7,8} results. Over 80 % of women with advanced ovarian cancer have elevated CA -125 (> 30 or 35 U / mL). However, those with early, curable disease, that would be the ultimate goal of tracking, only 50-60 % have a positive test. These values are below those recommended by the World Health Organization(WHO). For sporadic cases, which constitute the majority of ovarian carcinomas, the most effective strategy for primary prevention is the use of oral hormonal contraceptives⁹. The use of at least 5 consecutive years is associated with reduced risk, not only in the general population, as in high-risk groups. There is proven association between the use of these contraceptives and reduced incidence of the disease, accompanied by dose-response effect: the longer the duration of use, the greater the reduction in cancer risk¹⁰. The treatment of malignant epithelial ovarian cancer depends on its stage, and this is determined surgically. During laparotomy, we evaluate the extent of disease in the abdomino - pelvic cavity, aiming to resection of all macroscopic disease. Gathering up material for cytological and histopathological analysis. Using these data, it is possible to determine the stage of the disease. The standardization of surgical intervention in patients with high suspicion of ovarian carcinoma optimizes survival of patients¹¹. (Mom & Persp Saúde. 2012;25(1)62-72)

Key Words: ovarian cancer, malignant neoplasm of ovary

* Médica residente do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição

** Coordenadora do Serviço de Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição

*** Coordenador do COREME GEP/GHC e Supervisor do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Nossa Senhora da Conceição

**** Médico do Serviço de Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição

INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é a sétima causa de morte entre as mulheres, mas é a principal causa de mortalidade por neoplasias ginecológicas. O diagnóstico tardio é o responsável por este evento desfavorável. Apenas cerca de 43% das mulheres sobrevivem por mais de cinco anos após o diagnóstico⁽³⁾.

O perfil epidemiológico típico para risco de câncer de ovário é o da mulher na pós-menopausa, nulípara e de nível socioeconômico mais elevado. Evidências disponíveis até o momento sugerem que nenhuma estratégia de rastreamento de câncer de ovário já avaliada tenha levado à redução da mortalidade, não havendo ainda recomendação uniformizada para o rastreio populacional dessa neoplasia⁽⁶⁾.

O tratamento da neoplasia epitelial maligna de ovário depende do seu estágio, que compreende desde exames laboratoriais a tomografia abdominal, mas o inventário cirúrgico laparoscópico ou laparotômico é o elemento definitivo.

A maioria dos tumores de ovário tem origem histológica epitelial (mais de 80%); 10 a 15% são tumores de células germinativas e 5 a 10%, tumores do estroma gonadal (cordão sexual). Entre os tumores epiteliais, 40% são do tipo seroso, seguidos pelos tumores mucinosos, endometrioides, de células claras e mistos^(11,12).

Espera-se 6.190 casos novos de câncer do ovário para o Brasil no ano de 2012, com um risco estimado de 6 casos a cada 100 mil mulheres. O Rio Grande do Sul tem taxa estimada de 9,26 a 12,6 casos a cada 100 mil mulheres, com valores absolutos previstos de 115 a 120 novos casos para o ano de 2012².

MÉTODOS

Realizada pesquisa de artigos científicos originais no pubmed com os termos, em inglês, ovarian cancer, epithelial ovarian cancer, ovarian carcinoma, cytoreductive surgery, cytorreduction e chemotherapy. Foram também consultados artigos de revisão sobre o assunto em revistas de alto impacto, para identificação de outros artigos originais. A biblioteca Cochrane, bem como o NCCN (National Comprehensive Cancer Network), NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) e o NGC (National Guideline Clearinghouse) também foram consultados. Foram localizados entre 2003 e 2011 aproximadamente 200 artigos nos termos referidos. Artigos citados na literatura anteriores a essa data e relevantes para a elaboração do protocolo também

foram incluídos. O manejo de tumores de ovário borderline não foi incluído nas recomendações estudadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer do ovário é a história familiar de câncer de mama ou do ovário. Mulheres que já desenvolveram câncer de mama e são portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 possuem um risco aumentado para desenvolver câncer do ovário^(13, 14, 15). Outra condição genética que também tem risco associado para o desenvolvimento dessa neoplasia é da síndrome de câncer do cólon hereditário não-polipóide (síndrome de Lynch)⁽¹⁶⁾. Outros fatores de risco são a terapia de reposição hormonal pós-menopausa, o tabagismo e a obesidade. Alguns estudos reportam uma relação direta entre o desenvolvimento do câncer ovariano e a menopausa tardia.

A origem da neoplasia ovariana estaria baseada no fato de que após cada ciclo ovulatório o processo de reparação da superfície epitelial do ovário se daria de forma anômala, favorecendo a ocorrência de mutações celulares⁽¹⁷⁾. Portanto, toda situação que leve a um maior número de ciclos ovulatórios propicia o surgimento deste câncer. Outra questão importante para o câncer do ovário é a presença de endometriose. Os fatores de risco para a endometriose são semelhantes aos do câncer do ovário. Além do envolvimento hormonal, essa doença causa um estado crônico de inflamação, o que também pode contribuir para o desenvolvimento da neoplasia. Evidências sugerem que o risco de câncer do ovário dobra em mulheres portadoras dessa doença em comparação com as não afetadas⁽¹⁸⁾.

Em vista desses dados e da dificuldade em diagnosticar a doença, deve-se atentar para os seguintes fatores de risco do câncer de ovário:

- História familiar
- Idade
- Nuliparidade
- Raça (branca)
- Neoplasia de mama
- Endometriose
- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Tabagismo
- Obesidade
- Síndromes genéticas (mutações nos genes BRCA 1 e 2, Síndrome de Lynch)
- Drogas estimuladoras dos ovários

Em contrapartida, os fatores de proteção da doença, por inibirem a função ovariana, são:

- Lactação/ amamentação
- Anovulatórios (contraceptivos hormonais orais) ⁽¹⁰⁾
- Multiparidade e primeira gestação até os 25 anos de idade

Manejo Diagnóstico

O câncer de ovário tem curso insidioso, com ausência de sintomas em sua fase inicial ^(20, 21). Alguns sinais e sintomas, mesmo que inespecíficos, sugerem a investigação da doença em pacientes a partir dos 50 anos, tais como:

- Aumento do volume abdominal
- Dor e desconforto abdominal
- Distensão abdominal persistente
- Sensação de saciedade precoce
- Emagrecimento
- Alteração dos hábitos urinário e intestinal sem causas agudas identificadas

Diante da suspeita clínica ou na presença de exame físico alterado (como a presença de ovários palpáveis em mulheres pós-menopáusicas ou massas pélvicas), associa-se a realização de ecografia pélvica transvaginal ⁽²²⁾ e dosagem do CA-125

• Ecografia pélvica transvaginal: ferramenta diagnóstica mais sensível, fornece informações qualitativas sobre as características da massa que podem sugerir malignidade. Achados ecográficos de massa sólido-cística complexa, com septações de paredes espessas ou conteúdo hiperecogênico, presença de vegetações, superfícies irregulares e neovascularizadas (índice de resistência ao fluxo sanguíneo baixo, ou seja, $IR < 0,4$), bilateralidade e ascite são bastante preditivas de malignidade ovariana ⁽²³⁾. Mulheres pós-menopáusicas com cistos simples maiores de 6-10cm de diâmetro com dosagem de CA-125 elevada ou com cistos simples e avaliação dopplervelocimétrica anormal também são candidatas à investigação anatomopatológica.

• CA-125: proteína secretada pelas células tumorais do ovário, encontrando-se elevado em 80% dos casos de câncer. Não é útil como método de rastreamento e tem baixa especificidade em pré-menopáusicas, já que pode estar alterado em outras situações como endometriose, cistos ovarianos simples, gravidez, inflamações pélvicas, hepatopatias e outros tumores (mama, cólon, endométrio, pulmão e pâncreas). Valores superiores a 35 U/ml merecem investigação. Embora os níveis estejam relacionados com o volume tumoral, seu valor prognóstico pré-operatório não é bem definido para estimar extensão da doença. Tem principal importância no

monitoramento da resposta terapêutica e para predição e detecção de recidiva de doença. A elevação de seus níveis indica a progressão ou recorrência e costuma elevar-se 4-6 meses antes de a recidiva clínica ser detectada por exames de imagem ⁽²⁴⁾.

Na presença de imagem ultrasonográfica suspeita associada ou não a valores de CA-125 alterado, procede-se à complementação com:

- Tomografia computadorizada de abdome e pelve

- Radiografia de tórax

• Exames laboratoriais: hemograma, plaquetas, provas de coagulação, provas de função hepática e renal. A presença de hipercalcemia é um parâmetro laboratorial que instiga a investigação de neoplasia ovariana.

O objetivo dos exames de imagem é a distinção entre massas anexiais benignas e massas que requeiram avaliação anatomopatológica. Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) são úteis para definir extensão de comprometimento peritoneal. Embora a RM apresente maior especificidade na avaliação da imagem, reduzindo a taxa de ressecções de tumores benignos, não mostra vantagem adicional em relação à TC, exceto em gestantes ou em outras situações em que seja necessário evitar exposição à radiação. A tomografia computadorizada, além de amplamente disponível, é útil para o planejamento pré-operatório de tumores em estádios mais avançados, otimizando a adequada excisão de implantes e detectando áreas de obstrução intestinal. A tomografia com emissão de pósitrons (PET-TC) usa como princípio a identificação das massas tumorais através de sua metabolização mais rápida da glicose, em comparação aos demais tecidos. Não se recomenda o uso rotineiro da PET-TC para avaliação inicial de massas ovarianas devido à alta taxa de falsos positivos associada. No entanto, o uso dessa ferramenta vem ganhando espaço no seguimento de pacientes tratadas, para identificar recorrências em casos com suspeita clínica de recidiva, CA-125 em elevação e tomografia computadorizada ou ressonância magnética negativas, além de auxiliar na detecção de metástases à distância ⁽²⁶⁾.

Manejo Terapêutico

O tratamento da neoplasia maligna de ovário depende do seu estadió e este é determinado cirurgicamente ^(27, 28).

Estadiamento (FIGO29):

ESTADIO I - neoplasia restrita aos ovários

IA: um ovário

IB: dois ovários

IC: IA ou IB associado a qualquer uma das seguintes situações: presença de tumor na superfície ovariana, ruptura da cápsula, células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal

ESTADIO II – neoplasia com extensão à pelve

IIA: extensão e/ou implantes no útero e/ou trompas

IIB: extensão e/ou implantes em outros tecidos pélvicos

IIC: IIA ou IIB associado à presença de células malignas no líquido de ascite ou no lavado peritoneal

ESTADIO III – metástases peritoneais ou extraperitoneais além da pelve

IIIA: tumor macroscópico limitado à pelve, mas com disseminação peritoneal microscópica além da pelve

IIIB: presença de implantes peritoneais macroscópicos além da pelve com até 2 cm de diâmetro

IIIC: presença de implantes peritoneais macroscópicos além da pelve maiores do que 2 cm de diâmetro e/ou linfonodos regionais (inguinais ou retroperitoneais) positivos

ESTADIO IV – metástases à distância, incluindo o espaço pleural e/ou parênquima hepático ou esplênico

Tratamento por Estádio 30, 31, 32, 33

Estádio IA e IB

- Histerectomia abdominal ou videolaparoscópica com anexectomia bilateral
- Omentectomia infracólica e amostragem linfonodal e/ou linfadenectomia pélvica
- Quimioterapia adjuvante pós-operatória (platina associada a taxano) nos casos de alta graduação histopatológica (G3 – tumores indiferenciados ou pouco diferenciados)
- Cirurgia conservadora: salpingo-ooforectomia unilateral com biópsia em cunha do ovário contralateral. Opção terapêutica para pacientes jovens, em estágio IA, que desejam manter a função reprodutiva 35.

Estádio IC

- Histerectomia abdominal total com anexectomia bilateral
- Omentectomia infracólica e linfadenectomia pélvica e para-aórtica
- Quimioterapia adjuvante sistêmica pós-operatória

Estádio II

- Histerectomia abdominal total com anexectomia bilateral
- Omentectomia infracólica e amostragem lin-

fonodal e/ou linfadenectomia pélvica

- Cirurgia de citorredução primária (Estádio IIB e IIC)
- Quimioterapia adjuvante sistêmica pós-operatória

Estádio III

- Cirurgia de citorredução primária, incluindo omentectomia e linfadenectomia paraaórtica e pélvica bilateral

- Quimioterapia adjuvante sistêmica pós-operatória

• Intravenosa

- Intraperitoneal (se IIIB com citorredução ótima)

- Quimioterapia neoadjuvante e citorredução de intervalo (a partir do estágio IIIC)

Estádio IV

- Cirurgia de citorredução primária
- Quimioterapia sistêmica pós-operatória
- Quimioterapia neoadjuvante e citorredução de intervalo
- Quimioterapia de segunda linha ou paliativa

Rotina Cirúrgica para o Estadiamento – Grau de Recomendação II A

- 1) Incisão mediana ampla;
- 2) Aspiração do líquido peritoneal (ascite ou lavado peritoneal);
- 3) Inspeção e palpação da cavidade abdômino-pélvica buscando implantes secundários: quantificar e documentar a extensão da doença inicial ou residual;
- 4) Ressecção dos implantes macroscópicos;
- 5) Biópsias peritoneais: na ausência de quaisquer áreas suspeitas, biopsiar pelve, goteiras parietocólicas e realizar raspado citológico de cúpula diafragmática;
- 6) Linfadenectomia pélvica 36;
- 7) Histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral (ressecção de toda a massa tumoral visível evitando rotura da cápsula 37);
- 8) Omentectomia infracólica;
- 9) Avaliação de congelação Intraoperatória disponível;
- 10) Apendicectomia: se tumor mucinoso ou comprometimento anexial à direita com suspeita de envolvimento do apêndice.

Todo esforço deve ser realizado para obtenção da redução do tumor ao menor menor volume de tumor residual possível, já que esse é fator primordial para aumento da sobrevida, sendo considerada cirurgia com citorredução ótima quando toda a massa tumoral é ressecada ou o tumor residual não

ultrapassa 1 cm e cirurgia subótima se há tumor residual maior de 1 cm. Por isso, recomenda-se que a primeira abordagem cirúrgica seja realizada por ginecologista oncológico e/ou cirurgião oncológico.

Cirurgia de Citorredução

Os benefícios teóricos da cirurgia de citorredução incluem a remoção de tumores grandes e necróticos com baixo suprimento sanguíneo que poderiam prejudicar o aporte dos agentes quimioterápicos. A citorredução pode induzir a proliferação acelerada das células neoplásicas residuais, aumentando a sensibilidade à quimioterapia pós-operatória. Citorredução ótima é definida por doença residual igual ou menor a 1cm 38 .

Citorredução Primária: cirurgia citorredutora realizada antes da administração de quimioterapia de primeira linha. Indicada quando o tumor não está restrito aos ovários. O objetivo é diminuir o volume tumoral e otimizar o tratamento adjuvante 39 .

Citorredução de Intervalo: realizada nas pacientes não candidatas à citorredução primária, em geral em estadió clínico IIIC ou IV, que respondem após alguns ciclos de quimioterapia neoadjuvante, com o objetivo de reduzir ao máximo a massa tumoral para melhor aproveitamento da sequência quimioterápica. Ensaio clínico de fase III recentes comparando quimioterapia neoadjuvante e citorredução de intervalo versus citorredução primária em pacientes em estadió IIIC e IV demonstrou sobrevida geral média semelhante, mas menos complicações trans e pós-operatórias nas pacientes submetidas a cirurgia de intervalo 40.

Citorredução Secundária: novo procedimento cirúrgico para ressecção de tumor persistente ou recidivado, antes da administração de quimioterapia de segunda linha. Utilizada para pacientes com intervalo livre de doença de pelo menos 12 meses, mas preferencialmente 24 meses ou mais e naquelas em que toda a doença macroscópica é passível de ressecção⁴¹. Pacientes jovens, com boa resposta ao tratamento primário apresentando recidivas tardias (2 a 3 anos após completar quimioterapia inicial) ou com metástases isoladas são as que mais se beneficiam dessa abordagem^{42,43}. Pode eventualmente ser realizada em pacientes que apresentaram recidiva após período igual ou superior a 6 meses da terapêutica inicial, se a metástase presente for isolada.

Cirurgia Second Look

Pode ser realizada em pacientes sem evidência clínica de doença ao término do tratamento quimioterápico programado. Visa inspecionar a cavidade e ressecar tumor residual, se existente. Evidências não

mostraram influência na sobrevida e atualmente é realizada em casos selecionados, como, por exemplo, pacientes recebendo terapia de segunda linha, que estejam incluídos em ensaios clínicos, ou em pacientes em que os marcadores tumorais mostrem sinais de progressão da doença.

Salpingo-ooforectomia profilática

Existe comprovada eficácia na realização de salpingo-ooforectomia bilateral profilática em mulheres com síndromes hereditárias de câncer de ovário e mama. Pacientes submetidas ao procedimento tem taxa de redução de risco para o desenvolvimento neoplasia de ovário e mama de 80% e 50%, respectivamente⁴⁴ Indicada para casos de alto risco para o desenvolvimento de neoplasia ovariana, com prole constituída e com idade a partir de 35 anos, constitui a estratégia preventiva mais efetiva para pacientes portadoras de mutações dos genes BRCA15. A abordagem laparoscópica é a mais frequentemente utilizada. Para pacientes com síndrome hereditária de câncer de colon não-polipóide (S. Lynch), deve ser considerada histerectomia concomitante. Desafios associados à salpingo-ooforectomia profilática bilateral, como a adaptação fisiológica à menopausa cirúrgica e a segurança do uso de terapia hormonal, fazem necessária criteriosa avaliação para indicação desse procedimento.

Tratamento Quimioterápico

O tipo histológico e a graduação do câncer de ovário são fundamentais no planejamento terapêutico. Nos subtipos mucinosos e de células claras o tratamento complementar está indicado em qualquer subclassificação, embora os resultados sejam em geral insatisfatórios, devido à mais baixa quimiossensibilidade observada nesses casos.

Manejo dos estádios iniciais (Early Stage Disease):

Quimioterapia adjuvante pós-operatória

Estádios I e II: Nível de Evidência IIA

Para o estágio I o fator prognóstico mais importante é o grau de diferenciação histopatológica, seguido pela presença de aderências ou ascite.

Graduação histopatológica:

GX: grau de diferenciação inacessível

G1: bem diferenciado

G2: moderadamente diferenciado

G3: pouco diferenciado ou indiferenciado

Para pacientes em estadió IA ou IB e graduação histopatológica 1 (tumores bem diferenciados), a sobrevida é maior que 90% com tratamento exclusivamente cirúrgico. Indicada quimioterapia adjuvante com 3 a 6 ciclos de paclitaxel e carboplatina

nas seguintes situações dos estádios iniciais, com impacto sobre a progressão da doença e sobrevida total.

- Estádios IA ou IB quando graduação histopatológica 3
- Estádio IC em todos os graus histopatológicos
- Estádio II em todos os graus histopatológicos (6 ciclos)

Manejo dos estádios avançados (Advanced Stage Disease):

Estádios III e IV:

A cirurgia citorrredutora (debulking) deve ser realizada no momento da laparotomia inicial por cirurgia ginecológico e/ou oncológico experiente, já que o volume residual de doença tem implicação direta com a sobrevida, classificando a categoria de risco da paciente:

- Baixo risco: citorredução completa (doença residual microscópica)
- Risco intermediário: doença residual mínima
- Doença microscópica além da pelve verdadeira: estágio IIIA
- Doença macroscópica < 1cm: estágio IIIB
- Alto risco: doença residual irredutível > 1cm ou fora da cavidade peritoneal

Quimioterapia adjuvante pós-operatória

A neoplasia ovariana epitelial avançada é uma doença quimiorresponsiva na maioria dos casos, embora a recorrência seja frequente e a resistência farmacológica possa se desenvolver. O regime quimioterápico combinado de compostos derivados da platina (carboplatina e cisplatina) associado a taxanos (como paclitaxel e docetaxel) é reconhecidamente a primeira opção, conferindo taxa de resposta de 70% para pacientes com citorredução subótima e de mais de 80% para aquelas com citorredução ótima. Cisplatina ou carboplatina conferem resultados equivalentes na sobrevida, sendo a segunda menos emética, neuro e nefrotóxica⁴⁵. O esquema com docetaxel e carboplatina é uma boa alternativa para pacientes de alto risco para o desenvolvimento de neuropatia, como, por exemplo, as diabéticas.

A quimioterapia intraperitoneal está indicada em conjunto com a quimioterapia intravenosa e tem seu uso explicado pela alta concentração atingida pelos fármacos em contato direto com os tumores (implantes peritoneais micro ou macroscópicos), além da possibilidade biológica de suprimir massas de até 1 cm. Apresenta taxa de resposta completa de até 20%. Quando comparada à quimioterapia in-

travenosa, confere maior sobrevida global e maior sobrevida livre de progressão de doença para pacientes em estágio III que foram submetidas à citorredução ótima, sendo recomendada para pacientes desse grupo⁴⁶. O agente mais utilizado é a cisplatina, instilada na cavidade abdominopélvica através de cateter percutâneo, podendo-se associar paclitaxel. O maior desafio a essa opção terapêutica é a potencialização dos ciclos necessários e exigem adequada performance clínica para sua administração. Em casos avançados, com ascite persistente, é de grande valor por diminuir a frequência de paracenteses de alívio. Pacientes com baixa performance clínica, múltiplas comorbidades, doença em estágio IV ou com idade avançada não são candidatas à quimioterapia intraperitoneal.

A terapia de manutenção ou de consolidação é uma opção que vem sendo estudada para pacientes com neoplasia ovariana em estágios avançados com remissão clínica completa após 6 a 8 ciclos de quimioterapia de primeira linha. Consiste na manutenção do uso de um taxano (paclitaxel) por mais 6 a 12 meses após o término do curso da quimioterapia inicial. Resultados de ensaios clínicos de fase III revelaram redução do risco de recorrência e aumento do tempo livre de doença com a estratégia de consolidação, mas não modificaram a sobrevida das pacientes. A terapia de manutenção com paclitaxel não é, portanto, consenso, podendo ser alternativa para pacientes selecionadas⁴⁷. Atualmente o uso de agentes anti-angiogênicos como o bevacizumab vem sendo avaliado na terapia de consolidação e resultados preliminares mostram pequeno aumento do tempo livre de doença. O acréscimo desse fármaco na terapia de consolidação ou mesmo no plano quimioterápico de primeira linha não está recomendado como rotina até que resultados definitivos estejam disponíveis.

Quimioterapia Neoadjuvante

Realizada nos casos de contra-indicação cirúrgica por alto risco peri-operatório ou pobre performance clínica associada à comorbidades ou à doença extensa em estádios avançados, em que a citorredução primária não é possível. Objetiva permitir a realização de cirurgia para citorredução de intervalo nas pacientes que respondem após, em geral, 3 ciclos de neoadjuvância^{39,40}. As vantagens dessa abordagem incluem melhora da qualidade de vida, redução do tempo de hospitalização e menor morbidade cirúrgica⁴⁸.

Seguimento

A recomendação padrão é observação com

seguimento para todas as pacientes com neoplasia epitelial de ovário que obtiveram remissão completa após a realização de cirurgia de citorredução primária e quimioterapia⁴⁹. Não existe consenso sobre a frequência com que os exames de monitoramento devam ser realizados, bem como quanto à taxa de repetição dos exames de imagem. Exames complementares como radiografia de tórax e análises laboratoriais devem ser solicitados sempre que houver suspeita clínica de recidiva ou elevação do CA-125²⁴. Propõe-se a seguinte periodicidade de avaliação^{50,51}:

Exame clínico-ginecológico e dosagem do CA-125:

- Primeiros 2 anos: trimestral.
- Até o quinto ano: semestral.
- Após o quinto ano: anual

Exames complementares de imagem anuais até o quinto ano:

- Tomografia abdomino-pélvica ou ultrassonografia. Ressonância magnética ou PET-TC solicitadas se suspeita clínica com demais exames de imagem negativos²⁶.

A documentação de elevação do CA-125, sem evidência imaginológica é considerada recidiva laboratorial e costuma preceder a recidiva clinicamente detectável em 2 a 6 meses. Diante dessa situação as opções de manejo são: observação e adiamento do tratamento até que a recidiva torne-se sintomática, uso de agentes hormonais como o tamoxifeno ou inibidores da aromatase ou inclusão em ensaio clínico experimental.

Manejo da Doença Recorrente (Recurrent Disease):

Pacientes com doença recorrente, candidatas à quimioterapia de resgate são classificadas em 3 categorias:

- 1) Doença refratária: progressão da doença durante o tratamento primário, tendo prognóstico reservado e necessitando, idealmente, inclusão em protocolos experimentais.
- 2) Doença persistente: resposta parcial inicial seguida de evidência clínica, bioquímica ou imaginológica de persistência da neoplasia.
- 3) Doença recidivada: resposta completa ao tratamento inicial com subsequente recorrência.

Para o tratamento dos grupos 2 e 3, redivide-se em 2 subgrupos, de acordo com o tempo livre de doença após quimioterapia de primeira linha⁵²:

A) Sensíveis às platinas: recidiva > 6 meses após terapia inicial

Está indicado repetir esquema quimioterápico combinado com platina prévio, estando a eficácia do retratamento diretamente relacionada ao tempo livre de doença⁵³. Intervalo livre de doença entre 6 meses e 1 ano prediz taxa de 30% de resposta e intervalo superior a 2 (dois) anos se associa a taxa de resposta entre 60-70%.

B) Resistentes às platinas: recidiva < 6 meses após terapia inicial.

Menor tendência a responder a retratamento com platina. Indicado o emprego de outros agentes isoladamente: topotecan doxorubicina lipossomal, gencitabina⁵⁴, paclitaxel, docetaxel, pemetrexed⁵⁵ ou etoposide. Taxa de resposta menor de 20%.

A associação de bevacizumab (agente anti-angiogênico) às platinas para tratamento de doença recorrente em pacientes sensíveis está sendo avaliada em pelo menos dois ensaios clínicos⁵⁶ (OCEANS, AURELIA), ainda sem resultados definitivos disponíveis.

Independentemente do fármaco utilizado para o manejo inicial da doença recorrente, deve-se submeter a paciente à reavaliação após 2 a 4 ciclos de quimioterapia para determinar se houve benefício. Pacientes que evoluem com progressão da doença após 2 regimes de quimioterapia consecutivos sem apresentar evidência de melhora clínica não serão beneficiadas por terapia adicional, devendo ser encaminhadas a terapias paliativas.

Tratamento Radioterápico

Ensaio comparando radioterapia à quimioterapia desenvolvidos desde o início da década de 80 até a metade da década de 90 demonstraram menor efetividade e maior toxicidade da radiação em relação aos regimes com platina. Radioterapia adjuvante não está indicada como primeira linha de tratamento para pacientes com câncer de ovário em estágios iniciais e não parece haver benefício com o uso após tratamento quimioterápico em estágios avançados.

Pode ser indicada como terapêutica paliativa em pacientes com recidiva da doença e sintomatologia álgica importante, além de hemorragias vaginais e retais. Como a proteção hepática e renal se faz necessária, a irradiação torna-se insatisfatória, pois não atinge locais comuns de metástases (goteiras parietocólicas e cúpula diafragmática), tornando restrito seu uso na terapêutica paliativa do câncer de ovário.

REFERÊNCIAS

1. DERCHAIN SFM, DUARTE-FRANCO E, SARIAN LO. Panorama atual e perspectivas em relação ao diagnóstico precoce do câncer de ovário. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(4):159-63.
2. INCA. Câncer no Brasil. Dados dos Registros de Base Populacional; 2011: 466.
3. JEMAL A, SIEGEL R, XU J, WARD E. Cancer Statistics. 2010. *CA Cancer J Clin*.
4. HUANG L, CRONIN KA, JOHNSON KA, MARIOTTO AB, FEUER EJ. Improved survival time: what can survival cure models tell us about population-based survival improvements in late-stage colorectal, ovarian, and testicular cancer? *Cancer*. 2008;112(10):2289-300.
5. PERMUTH-WEY J, SELLERS TA. Epidemiology of ovarian cancer. *Methods Mol Biol*. 2009;472:413-37.
6. CLARKE-PEARSON, DL. Clinical Practice. Screening for ovarian cancer. *N Engl J Med* 2009;361:170-177.
7. MENON U, GENTRY-MARAHJ A, HALLET R ET AL. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen on the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol* 2009;10:327-340.
8. PATRIDGE E, KREIMER AR, GREENLE RT, ET AL. Results from four rounds of ovarian cancer screening in a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2009; 113:775-782.
9. BERAL V, DOLL R, HERMON C, PETO R, REEVES G. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet*. 2008;371(9609):303-14.
10. FRANCO EL, DUARTE-FRANCO E. Ovarian cancer and oral contraceptives. *Lancet*. 2008;371(9609):277-8.
11. BEREK, J., HACKER, N. F. Epithelial Ovarian Cancer. Practical gynecology oncology, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
12. CHEN VW, RUIZ B, KILLEEN JL, COTÉ TR, WU XC, CORREA CN. Pathology and classification of ovarian tumors. *Cancer*. 2003;97(10 Suppl):2631-42.
13. DALY, MB, AXILBUND JE, BUYS S ET AL. Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8:562-594.
14. ZHANG S, ROYER R, LI S ET AL. Frequencies of BRCA1 and BRCA2 mutations among 1342 unselected patients with invasive ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2011;121:353-357.
15. DOMCHEK, SM, FRIEBEL TM, SINGER CF ET AL. Association of risk-reducing surgery in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality. *JAMA*, 2010;304:967-975.
16. WALSH CS, BLUM A, WALTZ A ET AL. Lynch syndrome among gynecologic oncology patients meeting Bethesda guidelines for screening. *Gynecol Oncol* 2010;116:516-521.
17. COLLINS IM, DOMCHEK SM, HUNTSMAN DG, MITCHELL G. The tubal hypothesis of ovarian cancer; caution needed. *Lancet Oncology*, 2011.
18. FLEMING GF, RONNET BM, SEIDMAN J ET AL. Epithelial ovarian cancer. In: Barakat RR, Markman M, Randall ME, eds. Principles and Practice of Gynecologic Oncology, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:763-786.
19. VAN LEEUWEN FE, KLIP H, MOOJI TM ET AL. Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. *Hum Reprod* 2011;26:3456-3465.
20. GOFF BA, MENDEL LS, DRESCHER, CW ET AL. Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for early detection. *Cancer* 2007;109:221-227.
21. ANDERSEN MR, GOFF BA, LOWE KA ET AL. Combining a symptoms index with CA-125 to improve detection of ovarian cancer. *Cancer* 2008;113:484-489.
22. LU KH, SKATES S, BEVER TB, ET AL. A prospective U.S. ovarian cancer screening study using the risk of ovarian cancer algorithm (ROCA). *J Clin Oncol* 2010;28:5003.
23. TIMMERMAN D, TESTA AC, BOURNE T ET AL. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31:681-690.
24. BAST RC. CA-125 and the detection of recurrent ovarian cancer; a reasonably accurate biomarker for a difficult disease. *Cancer* 2010;116: 2850-2853.
25. IYER VR, LEE SI. MRI, CT and PET/CT for ovarian cancer detection and adnexal lesion characterization. *AJR Am J Roentgenol* 2010;194: 311-321.
26. FULLHAM MJ, CARTER J, BALDLEY A, ET AL. The impact of PET/CT in suspected recurrent ovarian cancer: A prospective multi-centre study as part of the Australian PET Data Collection Project. *Gynecol Oncol* 2009;112: 462-468.
27. FADER AN, ROSE PG. Role of surgery in ovarian carcinoma. *J Clin Oncol* 2007;25:2873-2883.

28. STIER EA, BARAKAT RR, CURTIN JP ET AL. Laparotomy to complete staging of presumed early ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 737-740.
29. FIGO. Staging System for Ovarian and Primary Peritoneal Cancer; 7th ed., 2010.
30. ELLATAR A, BRYANT A, WINTER-ROACH BA, ET AL. Optimal primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2011: CD007565.
31. CECELIA, A.P. ET AL. Random peritoneal biopsies have limited value in staging of apparent early stage epithelial ovarian cancer after thorough exploration. *Gynecol. Oncol* 2009;115:86-89.
32. PEREIRA, A. ET AL. Pelvic and aortic lymph node metastasis in epithelial ovarian cancer. *Gynecol. Oncol.*, v.105, n. 3. p. 604-608, 2007.
33. TRIMBOS B, TIMMERS P, PECORELLI S, ET AL. Surgical staging and treatment of early ovarian cancer: long-term analysis from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:982-987.
34. MALZONI M, TINELLI R, COSENTINO F, PERONE C, RASILE M, LUZZOLINO M, C MALZONI, REICH H. Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy with lymphadenectomy for early-stage endometrial cancer: A prospective randomized study. *Gynecologic Oncology* 2009, 112: 126-133
35. WRIGHT JD, SHAH M, MATHEW L, ET AL. Fertility preservation in young women with epithelial ovarian cancer. *Cancer* 2009;115:4118-4126.
36. DU BOIS A, REUSS A, HARTEP, ET AL. Potential role of lymphadenectomy in advanced ovarian cancer: a combined exploratory analysis of three prospectively randomized phase III multicenter trials. *J Clin Oncol* 2010;28:1733-1739.
37. VERGOTE, I. ET AL. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage I invasive epithelial ovarian carcinoma. *Lancet* 2001;357:176-182.
38. BRISTOW RE, TOMACRUZ RS, ARMSTRONG DK. Survival effect of maxima cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era; a meta-analysis. *J Clin oncol* 2002; 20:1248.
39. VERGOTE I, TROPE CG, AMANT F, ET AL. Neoadjuvant therapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 2010;363: 943-953.
40. TANGJITGAMOL, S. ET AL. Interval debulking surgery for advanced epithelial ovarian cancer: a Cochrane systematic review. *Gynecol. Oncol* 2009;112: 1257-1264.
41. ROSE, PG, NERENSTONE S, BRADY MF ET AL. Secondary surgical cytoreduction for advanced ovarian carcinoma. *N Engl J Med* 2004;351:2489-2497.
42. BRISTOW RE, PURI I, CHI DS. Cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2009;112:265-274.
43. CHI DS, MC CAUGHTY K, DIAZ JP, ET AL. Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian carcinoma. *Cancer* 2006;106: 1933-1939.
44. FINCH A, BEINER M, SINGER CF. Association of salpingo-oophorectomy and the risk of ovarian, fallopian tube and peritoneal cancers in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *JAMA*, 2006;296:185-192.
45. CRISTEA M, HAN E, SALMON L, MORGAN RJ. Practical considerations in ovarian cancer chemotherapy. *Ther Adv Med Oncol* 2009;2:175-187.
46. ARMSTRONG DK, BUNDY B, WENZEL L, ET AL. Intraperitoneal cisplatin and paclitaxel in ovarian cancer. *N Engl J Med* 2006;354:34-43.
47. PECORELLI S, FAVALLI G, GADDUCCI A, ET AL. Phase III trial of observation versus six courses of paclitaxel in patients with advanced ovarian cancer in complete response after six courses of paclitaxel/platinum-based chemotherapy: final results of the After-6 Protocol. *J Clin Oncol* 2009;27:4642.
48. VAN DER BURG ME, VAN LENT M, BUYSE M, ET AL. The effect of debulking surgery after induction chemotherapy on the prognosis in advanced epithelial ovarian cancer. *Gynecological Cancer Cooperative Group of the European Organization for Research and treatment of cancer. N Engl J Med.* 2005; 332:629.
49. RUSTIN GJ, MILLER RE. How to follow up patients with epithelial ovarian cancer. *Curr Opinion Oncol* 2010;22:498-502.
50. DE VITA, VT; ROSEMBERG, AS, LAWRENCE, TS ET AL. *Cancer, Principles and Practice of Oncology*, Lippincott Williams & Wilkins, 9Th edition, Philadelphia, 2011.
51. MARKMAN M, PETERSEN J, BELLAND A, BURG K. CA-125 monitoring in ovarian cancer: patient survey responses to the results of the MRC/EORTC Ca-125 Surveillance Trial. *Oncology*, 2010;78:1-2.

52. LEDERMANN, J. A. ET AL. Optimal treatment for relapsing ovarian cancer. *Ann. Oncology* 2010; 21:218–222.
53. PUJADE-LAURINE E, MAHNERS., KAERN J ET AL. A randomized phase III study of carboplatin and pegylated liposomal doxorubicin versus carboplatin and paclitaxel in relapsed platinum sensitive ovarian cancer: CALYPSO study of the Gynecologic Cancer Intergroup. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2009;27:491-497.
54. FERRANDINA G, LUDOVISI M, LORUSSO D, ET AL. Phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in progressive or recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:890-896.
55. MILLER DS, BLESSING JA, KRASNER CN, ET AL. Phase II evaluation of perimetrexed in the treatment of recurrent or persistent platinum-resistant ovarian carcinoma: a study of the Gynecologic Oncology Group. *J Clin Oncol* 2009;27:2686-2691.
56. AGHAJANIAN C, FINKLER NJ, RUTHERFORD T, ET AL. OCEANS: a randomized, double-blinded, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab (BEV) in patients with platinum sensitive recurrent epithelial ovarian cancer (EOC) [abstract]. *J Clin Oncol* 2011;29: Abstract LBA5007.

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DE BEXIGA: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO DE DEGENERAÇÃO SARCOMATOSA

Inflammatory Pseudotumor Of Bladder: Literature Review And Case Report Of Sarcomatous Degeneration

Felipe Hofmann Barbeta*, Valdir Glufke**

RESUMO

Os autores relatam um caso de pseudotumor inflamatório de bexiga, com evolução para degeneração sarcomatosa, sendo o primeiro caso relatado na literatura. Durante evolução de 12 anos a paciente foi submetida há várias RTUs de bexiga, sempre com diagnóstico de pseudotumor inflamatório de bexiga, confirmados por estudo imuno-histoquímico, quando em 2011, o estudo sugeriu, transformação maligna, ocasião em que foi submetida a cistectomia, confirmando degeneração sarcomatosa. Os autores revisam as características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas do pseudotumor inflamatório de bexiga, os métodos diagnósticos que possibilitam a diferenciação do pseudotumor inflamatório com sarcoma e a literatura médica em busca de um adequado manejo do pseudotumor inflamatório de bexiga usando para tanto artigos selecionados nos bancos de dados eletrônicos PubMed e Cochrane BVS, contendo as seguintes palavras-chave: inflammatory pseudotumor, bladder, sarcoma. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):73-76)

Descritores: pseudotumor de bexiga; tu inflamatório de bexiga, sarcoma de bexiga

ABSTRACT

The authors report a case of inflammatory pseudotumor of the bladder evolving to sarcomatous degeneration. This will be the first report in the literature. During the evolution of 12 years, the patient underwent several RTUs bladder, always with an inflammatory pseudotumor of the bladder, confirmed by immunohistochemical studies, In 2011, the study suggested malignant transformation, and at the time she was underwent to cystectomy, that confirms degeneration sarcomatous. The authors review the clinical, epidemiological and histopathological features of inflammatory pseudotumor of the bladder, the diagnostic methods that enable the differentiation of inflammatory pseudotumor and sarcoma medical literature for proper management of inflammatory pseudotumor of the bladder. To reach this purpose, selected articles in the electronic databases: PubMed and Cochrane VHL, containing the following key words: pseudotumor, bladder, bladder sarcoma. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):73-76)

Key Words: Inflammatory pseudotumor; Inflammatory tumor of the bladder pseudosarcomatous of the bladder

* Médico residente do PRN de Urologia do HNTC

** Médico Urologista, residente do PRN de urologia do HNTC

INTRODUÇÃO

O pseudotumor inflamatório de bexiga é uma proliferação benigna do estroma submucoso que pode ser facilmente confundida com uma neoplasia maligna, tanto do ponto de vista clínico como do histológico. É uma patologia rara em crianças, tendo sido relatada em apenas 11 crianças em todo o mundo [1]. Acredita-se que apesar da dificuldade muitas vezes encontradas na diferenciação com uma neoplasia maligna, o pseudotumor inflamatório não sofre degeneração maligna. No entanto, apresentamos um relato de caso em que uma paciente com diagnóstico de pseudotumor inflamatório de bexiga aos 5 anos apresentou degeneração sarcomatóide do mesmo 12 anos depois, sendo o primeiro caso relatado na literatura. Os autores revisam as características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas do pseudotumor inflamatório de bexiga, os métodos diagnósticos que possibilitam a diferenciação do pseudotumor inflamatório com sarcoma e a literatura médica em busca de um adequado manejo do pseudotumor inflamatório de bexiga.

RELATO DE CASO

Em 1999, uma paciente de 5 anos de idade foi encaminhada ao serviço de Urologia Pediátrica do Hospital da Criança Conceição após o achado de tumoração vesical durante investigação de infecções do trato urinário de repetição.

Apresentava apenas queixas de disúria e polaciúria, sem hematúria. À ecografia evidenciava-se "massa em assoalho vesical com medidas de 3,4x3,2x3,0cm". Foi então submetida à cistoscopia sob anestesia geral visualizando-se "tumoração vesical em parede ântero-lateral esquerda logo após o colo vesical. Realizada biópsia". Ao toque retal palpava-se massa endurecida e irregular.

O exame anátomo-patológico evidenciou proliferação fusocelular atípica em meio à trama vascular delicada, infiltrado de linfócitos, plasmócitos e alguns eosinófilos, com escassas áreas mixóides. Foram levantadas as possibilidades diagnósticas de pseudotumor inflamatório e sarcoma de células fusiformes, sendo o material encaminhado para estudo imuno-histoquímico. O diagnóstico veio como pseudotumor inflamatório.

Devido a problemas técnicos não relatados, foi submetida à ressecção parcial da lesão por via transuretral. Tendo mais uma vez o diagnóstico confirmado como pseudotumor inflamatório e mediante o fato de relatos de regressão espontânea e conver-

sa com familiares, optou-se por conduta expectante com seguimento e ecografias seriadas. Durante o acompanhamento apresentava eventualmente disúria e infecções urinárias, mas já no final de 2005 iniciou com hematúria recidivante. Indicada nova RTU, tendo ressecção completa da tumoração e diagnóstico mantido.

Evoluiu novamente com recidiva tumoral durante o acompanhamento, quando em 2008 (já em acompanhamento com o Serviço de Urologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição) foi submetida à RTU de 42 gramas de tecido tumoral. Apesar de ressecção extensa de toda a tumoração visível, realizou nos anos seguintes mais 7 ressecções endoscópicas: 2 em 2009 (pseudotumor novamente confirmado por imunohistoquímica), 3 em 2010 e 2 em 2011. O peso do material das 3 últimas ressecções somava 430g.

O exame anátomo-patológico da última RTU em 2011 foi novamente encaminhado para estudo imuno-histoquímico por apresentar "neoplasia de células variando de fusiformes a poligonais atípicas, com núcleo vesicular e nucléolo proeminente e com atividade mitótica comprometendo a muscular própria, incluindo formas atípicas de mitose, sugerindo pseudotumor inflamatório com transformação maligna". No pós-operatório evoluiu com hematúria maciça e instabilidade hemodinâmica. Foi submetida à laparotomia exploratória de urgência e então cistectomia com linfadenectomia pélvica, preservação da vagina, útero e ovários e derivação urinária pela técnica de Bricker.

A análise patológica da peça demonstrou neoplasia mesenquimal maligna composta por células fusiformes com acentuado pleomorfismo, necrose e elevada atividade mitótica, comprometendo a bexiga, infiltrando a espessura da parede atingindo trígono vesical, ureteres, faces anterior e posterior, chegando junto às margens de ressecção, mas com limites livres e sem acometimento linfonodal.

A paciente evoluiu bem no pós-operatório e está atualmente em acompanhamento conjunto com o serviço de oncologia, já tendo concluído radioterapia adjuvante.

DISCUSSÃO

O pseudotumor inflamatório é uma neoplasia rara da bexiga com poucos casos relatados na literatura mundial. É ainda mais raro em crianças, com apenas 11 relatos na literatura [1]. Há maior acometimento do sexo feminino (2:1), podendo variar em algumas séries de casos. Trata-se de uma proliferação de células fusiformes miofibroblásticas e

de células inflamatórias associadas a componentes mixóides.^[2,3]

Apesar de ser considerado benigno pode apresentar características como: recorrência local; ser multifocal, com desenvolvimento não-contíguo; crescimento infiltrativo com invasão da muscular própria e até relatos de acometimento peritoneal; pode ocorrer invasão vascular^[4]. Deste ponto de vista, pode-se considerar uma neoplasia com potencial maligno indeterminado ou baixo. No entanto, até o relato deste caso não há nenhuma outra menção à transformação maligna de um pseudotumor inflamatório de bexiga.

Devido a essas características deve ser diferenciado de neoplasias malignas como o leiomiossarcoma, rabdomiosarcoma e o carcinosarcoma. Como as manifestações clínicas e achados de imagem e cistoscopia são inespecíficos, o diagnóstico é quase que exclusivamente histopatológico. As características patológicas são proliferação de células fusiformes com leve pleomorfismo nuclear, atividade mitótica rara (0-1 por 10 campos de grande aumento) sem atipia, infiltração de células inflamatórias agudas e crônicas, especialmente linfócitos, eosinófilos e macrófagos^[4,5,6,7]. Segundo Iczkowski, um ponto chave na diferenciação com o sarcoma é a presença de necrose ou degeneração mixóide, que não ocorrem no pseudotumor inflamatório.

O estudo imuno-histoquímico é frequentemente de valor limitado devido à reatividade similar das lesões para vimentina (+), actina do músculo liso (+), citoqueratina (+/-), desmina (+/-) e S-100 (-) [4]. Entretanto, diversos estudos prévios têm sugerido que a reatividade para p53 poderia ajudar na diferenciação, sendo este raramente positivo no pseudotumor inflamatório^[8,9]. Além disso, a miogenina pode ser utilizada como um marcador específico do rabdomiosarcoma, já que sua expressão é negativa no pseudotumor^[10]. A proteína ALK (anaplastic lymphoma kinase) recentemente foi encontrada no citoplasma de alguns pseudotumores inflamatórios, resultante da translocação cromossomal do gene ALK^[11]. Saleem et al sugerem que essa aberração cromossomal poderia facilitar a proliferação neoplásica de origem clonal e que essa lesão deveria ser considerada como um tumor mesenquimal de potencial maligno baixo ou intermediário. Estudos recentes demonstraram a positividade para ALK em 30-65% dos casos de pseudotumor inflamatório, com as maiores taxas de expressão nos de bexiga^[11,12]. Como não se sabe de nenhum outro tumor que expresse esse gene além do linfoma, a proteína ALK pode ter grande valor na diferenciação de lesões morfológicamente similares ao pseudotumor infla-

matório na bexiga.

A transformação sarcomatosa do pseudotumor inflamatório é rara, mas há relatos de casos da degeneração dessa lesão em vários órgãos. Spencer relatou transformação sarcomatosa em 2 casos de pseudotumores inflamatórios de pulmão^[13]. Coffin et al relataram transformação sarcomatosa em 2 de 84 casos de pseudotumor inflamatório extra-pulmonares^[14]. Donner e associados relataram um caso de pseudotumor inflamatório originário do tecido mole do antebraço com progressão para sarcoma após 5 recidivas^[15]. No entanto, até o caso por nós apresentado, não há nenhum outro relato de transformação maligna de pseudotumor inflamatório na bexiga.

Além dos achados anatomo-patológicos da peça proveniente da cistectomia serem compatíveis com uma neoplasia sarcomatóide, o estudo imuno-histoquímico do material proveniente da última RTU realizada em 2011 demonstrou positividade para miogenina, que é específica para rabdomiosarcoma. Dessa maneira, deve-se levar em consideração a possibilidade de transformação maligna do pseudotumor inflamatório apesar de sua raridade.

Não há consenso no tratamento recomendado para o pseudotumor inflamatório, variando principalmente devido ao tamanho da lesão. Assim pode-se indicar ressecção endoscópica, cistectomia parcial e até cistectomia radical. Após o tratamento instituído é necessário seguimento a longo termo com cistoscopia e biópsias sequenciais.

Em relação à nossa paciente, tínhamos como prioridade máxima a preservação da bexiga, levando em conta o fato de sua juventude. Motivo este que nos levou à sucessivas ressecções endoscópicas, culminando com o diagnóstico de degeneração sarcomatóide de pseudotumor inflamatório após realização de cistectomia devido à hematuria maciça e instabilidade hemodinâmica.

CONCLUSÕES

O pseudotumor inflamatório é uma patologia benigna na maioria dos casos, mas pode apresentar características anátomo-patológicas e comportamento potencialmente maligno, necessitando de adequada investigação diagnostic.

O estudo imuno-histoquímico atualmente é o melhor exame para o diagnóstico diferencial do pseudotumor inflamatório com lesões sarcomatóides. Os marcadores mais específicos para sarcoma são o p53 e a miogenina. A ALK positiva poderia estar correlacionada com um potencial maligno baixo

ou intermediário nos pseudotumores

Não há outros relatos de degeneração sarcomatóide de pseudotumor inflamatório na bexiga

Até o presente momento não existe um consenso a respeito do adequado tratamento a ser instituído aos pseudotumores inflamatórios de bexiga, mas a tendência seguida é a de realizar procedimentos mais conservadores e seguimento a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. FREUD E. et al. Inflammatory pseudotumor in childhood: a diagnostic and therapeutic dilemma. *Arch. Surg.* 1991; 126: 653-5.
2. LAKSHMANAN Y, WILLS ML, GEARHART JP. Inflammatory (pseudosarcomatous) myofibroblastic tumor of the bladder. *Urology* 1997;50:285 288.
3. HENEY NM, YOUNG RH. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 39-2003. A 33-year-old woman with gross hematuria. *N Engl J Med* 2003;349:2442 2447
4. ICZKOWSKI KA, SHANKS JH, GADALEANU V, et al. Inflammatory pseudotumor and sarcoma of urinary bladder: differential diagnosis and outcome in thirty-eight spindle cell neoplasms. *Mod Pathol* 2001;14:1043 1051.
5. LANTZ AG, POWER NE, GUPTA R, et al. Inflammatory pseudotumor: a rare cause of hematuria and shock. *Urology* 2007;70:372.e3 372.e6.
6. KOVACH SJ, FISCHER AC, KATZMAN PJ, et al. Inflammatory myofibroblastic tumors. *J Surg Oncol* 2006;94:385 391.
7. PRISTAUZ G, MOINFAR F, CHROMECKI T, et al. Inflammatory myofibroblastic tumour of the urinary bladder mimicking recurrent uterine carcinosarcoma. *Histopathology* 2009;54:490 493.
8. LEDET SC, BROWN RW, CAGLE PT. P53 immunostaining in the differentiation of inflammatory pseudotumor from sarcoma involving the lung. *Mod Pathol* 1995;8:282 286.
9. SALEEM MI, BEN-HAMIDA MA, BARRETT AM, et al. Lower abdominal inflammatory myofibroblastic tumor an unusual presentation a case report and brief literature review. *Eur J Pediatr* 2007;166:679 683.
10. BEDKE J, BUSE S, ESPOSITO I, et al. Evaluation and management of a patient with a bladder mass of uncertain etiology. *Nat Clin Pract Urol* 2008;5:509 514.
11. CHAN JK, CHEUK W, SHIMIZU M. Anaplastic lymphoma kinase expression in inflammatory pseudotumors. *Am J Surg Pathol* 2001;25:761 768.
12. COOK JR, DEHNER LP, COLLINS MH, et al. Anaplastic lymphoma kinase (ALK) expression in the inflammatory myofibroblastic tumor: a comparative immunohistochemical study. *Am J Surg Pathol* 2001;25:1364 1371.
13. SPENCER H. The pulmonary plasma cell/histiocytoma complex. *Histopathology* 1984;8:903 916.
14. COFFIN CM, WATTERSON J, PRIEST JR, DEHNER LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. *Am J Surg Pathol* 1995;19:859 87
15. DONNER LR, TROMPLER RA, WHITE RR 4th. Progression of inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor) or soft tissue into sarcoma after several recurrences. *Hum Pathol* 1996;27:1095 1098.

FERNANDÃO

José Luiz Pedrini

Foi superlativo, adjetivos o diminuiriam; assim o Dr. Blau definiu o Fernando Carlos Penczek. Nasceu profissionalmente dentro do hospital Conceição onde passou seus últimos dias fazendo aquilo que mais gostava; cuidar de seus pacientes.

O Fernandão nunca escreveu um livro. Nunca publicou um artigo científico em revista indexada. Nunca foi superintendente de um hospital. Nunca torceu pelo inter, era gremista doente. Nunca deixou de atender suas pacientes com carinho. Nunca criou inimigos. Nunca deixou de trabalhar em equipe. Nunca se queixou da vida. Gostava dela.

Sempre pontual e com vida regrada e os objetivos bem definidos.

Formado pela faculdade Católica de Medicina de Pelotas em 1972.

Fez o estágio de sexto ano no Conceição onde fez grandes amigos. Em 1973 entrou na residência médica de cirurgia. Em 74 o Dr. Damiani criou a residência de Ginecologia e Obstetrícia e o nosso Fernandão passou a ser R2 de GO. Nessa época já era chefe da Residência do Grupo Conceição. Passou por Preceptor, chefe da GO, chefe da ginecologia, e diretor clínico.

“Sempre gostou de mandar” afirmava sua eterna e grande amiga Dra. Avelina. Terminada a residência trabalhou muitos anos com o Dr. Newton Rosa, era um exemplo para ele.

O Fernandão não teve um emprego no Hospital Conceição, ele fez uma carreira médica de invejável sucesso. De uma inteligência que lhe permitia ser um excelente cirurgião, assim como sempre andava atualizado com as novidades da medicina. Tinha curiosidade pelo saber. Praticava como poucos a arte de ter amigos ao redor. Empatia que irradiava bondade.

Sempre gostou de conviver com residentes, ensinando as novidades clínicas ou ensinando-os a dar os primeiros pontos cirúrgicos.

Nos últimos 20 anos se dedicou a Mastologia, tendo sido participativo no apoio ao Grupo da Mama Conceição. Voluntariado do qual se orgulhava de participar.

Foi no Hospital Conceição que ele recebeu o diagnóstico da doença que o vitimou. Durante os 6 anos de enfermidade, trabalhou todos os dias. Era o seu destino servir. Era sua vida

Atento as novas terapias e técnicas cirúrgicas, ajudou milhares de mulheres, sempre com carinho e respeito por elas. Tratava com a mesma humildade a todos. Fossem eles funcionários de outras áreas, colegas médicos, pacientes ou familiares destes.

Ainda sentimos o seu legado como se sua alma percorresse os corredores das enfermarias com seu tradicional sorriso e otimismo, não menores que sua presença física.

O Fernandão deixou marcada sua existência para sempre. (Mom&Persp Saúde. 2012; 25(1):77)

**Chefe do Serviço de Mastologia do HNSC e
Preceptor da Residência Médica em Mastologia**

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA DO GHC "MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE"

A Revista do GHC - "*Momento & Perspectivas em Saúde*", órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País. É uma publicação regular com periodicidade semestral, cuja tiragem impressa é de 500 exemplares e está disponível *online* no site <http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/87>.

A Revista aceita contribuições para publicações nas categorias : artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores e que expressem prioritariamente produção técnica e científica da área médica.

As colaborações deverão ser enviadas para :
Editor da Revista do GHC - "Momento & Perspectivas em Saúde"
COREME - Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP
Rua Francisco Trein, 596 – Bloco H - 3º andar
91350-200 - Porto Alegre - RS
editoria-gep@ghc.com.br

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação.

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Grupo Vancouver, endereço eletrônico : HREF="<http://www.icmje.org/>"§ MACRO-BUTTON HtmlResAnchor <http://www.icmje.org>) ou podem ser obtidas no **N Eng J Méd 1997;336(4):309-15** {*uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. " International Committe of Medical Journal Editors" (ICMJE)* }. Os trabalhos que resultem de pesquisa que envolvam em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, publicada nos volumes 14(1), 15(2) e 16(1) da *Revista Momento & Perspectivas em Saúde*, disponíveis no site www.ghc.com.br/gepnet ou no <http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/87/89-revista-tecnico-cientifica-do-ghc>.

Os conceitos, fundamentações, dados, experiências, fontes de pesquisa e conclusões emitidos nos trabalhos assinados, são da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es). Todos os trabalhos encaminhados para publicação na Revista do GHC – Momento & Perspectivas, serão submetidos à revisão lingüística, metodológica e de formatação pelo conselho editorial ou por colaboradores experts convidados pelo editor.

Os trabalhos deverão ser digitados no Microsoft Word, em papel branco, tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 30 mm e páginas numeradas em seqüência. Deverá ser enviada uma cópia original impressa e outra em CD, em um envelope para papel ofício e sem dobras. Recomenda-se a proteção do material com papelão com especial atenção para as fotografias, especialmente quando postadas. As páginas deverão ser numeradas no canto inferior direito, organizadas na seguinte ordem: *página-título(em português e inglês), página do resumo e do abstract (incluindo os unitermos e key words), texto propriamente dito, página de agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas, figuras e fotos, e legendas*. Atrás da(s) figura(s) e fotos deverá constar à lápis, o nome do autor, o título reduzido, o número no texto e setas indicando a orientação do lado superior.

Autoria: Todas as pessoas nominadas como autor deverão responder pela autoria do artigo proposto e ter participado suficientemente do trabalho, para assumir responsabilidades pelo seu conteúdo e conclusões. Deve ter participado com contribuições substanciais durante os processos de concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, de forma intelectualmente importante. Os autores devem explicar e

declarar eventuais conflitos de interesse.

Processo de avaliação e julgamento: Todos os manuscritos submetidos à Revista do GHC, que estiverem de acordo com estas instruções e com a política editorial da revista, serão analisados por dois revisores do conselho editorial, de reconhecida competência no assunto tratado, conforme o fluxograma da figura 1. O anonimato dos revisores está garantido durante todo o processo, assim como estes não tomarão conhecimento do(s) nome(s) do(s) autor(es). A decisão final sobre a aceitação ou rejeição dos manuscritos é tomada pelo editor e pelo menos 2 outros membros do conselho editorial.

Manuscritos recusados: *somente será devolvida ao(s) autor(es) cópia da versão original uma vez que a versão original impressa do manuscrito será arquivada na secretaria da editoria. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar, como um novo trabalho e serão submetidos a novo processo de avaliação e julgamento.*

Manuscritos aceitos: *o autor, referido como primeiro, receberá correspondência do editor informando da aceitação e edição em que será publicado o manuscrito. Neste momento o autor transfere implicitamente todos os direitos de cópia e reprodução do manuscrito, para a editoria da Revista do GHC – Momentos & Perspectivas em Saúde.*

A página título deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome, endereço e telefone de um dos autores para correspondência e pedidos de separatas.

A página do resumo e abstract conterá o título em português e um resumo semi-estruturado do trabalho, contendo Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. Em página separada deverá anexado o título em inglês, o abstract que deve ser a tradução fiel do resumo para o idioma inglês, e de duas a cinco key words. Estes descritores deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde, no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

Na **terceira página** é iniciado o trabalho propriamente dito, e de acordo com as categorias :

Texto de artigo original – a organização de artigo nesta categoria inclui *Introdução, material e métodos, resultados e discussão(a conclusão pode estar no último parágrafo da discussão ou em separado)*. Na introdução deve conter os motivos que levaram a desenvolver o trabalho e uma revisão sucinta do assunto. Em material e métodos deve ser descrito com precisão a amostra ou população do estudo e os métodos desenvolvidos de forma que possam ser reproduzidos. Deve ser mencionado a aprovação da pesquisa no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Os métodos estatísticos utilizados deverão estar explicitados neste espaço. Em resultados, estimula-se que sejam apresentados tabelas e figuras de forma auto explicativas, evitando repetição de dados. A discussão deve focar os aspectos novos e importantes do estudo, comparando-os com os de outros autores, as limitações do estudo, implicações clínicas relevantes e recomendações para estudos futuros. As conclusões deverão ser apresentadas no último parágrafo da discussão ou como um novo subtítulo, procurando sempre responder o objetivo definido na introdução.

Texto de artigo de revisão – esta categoria constitui uma revisão crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto devendo definir os procedimentos adotados, fontes e esclarecendo a delimitação e limites do tema e as conclusões do autor. Esta categoria se presta muito comumente para abrigar artigos encomendados pelos editores a experts, de experiência comprovada na área. As orientações para o preparo de artigos de revisão são as mesmas dos artigos originais, devendo incluir também *Resumo, Abstract, descritores e Key Words*.

Texto de relatos de casos – esta categoria destina-se a publicação de casos clínicos interessantes, que tenham sido devidamente estudados, e que apresentem alguma originalidade, curiosidade ou aspecto não convencional de determinada patologia ou condição clínica. As instruções para o seu preparo são as mesmas de um artigo original incluindo *Resumo, Abstract, descritores e Key Words*.

Cartas ao editor: categoria que visa discutir, comentar ou comunicar pesquisas originais, novidades na área da medicina de interesse para os leitores, ou artigos publicados *recentemente na Revista do GHC – Momento & Perspectivas em Saúde*. Podem ser utilizadas referências quando for adequado.

Referências Bibliográficas: ao final do trabalho citam-se, consecutivamente, as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, e numeradas por numerais arábicos entre parêntesis e de forma sobrescrita, conforme o exemplo a seguir : “...a paratireoidectomia é o único tratamento curativo aceito em hiperparatireoidismo primário⁽⁶⁾ especialmente neste momento em que o seu diagnóstico tornou-se seguro e de fácil definição⁽⁶⁻⁹⁾...”

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados baseados no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" disponível no site <http://icmje.org>. Todos os autores deverão ser incluídos quando houver até 6 autores; quando houver sete ou mais deverá constar somente os três primeiros, seguidos de "et al".

Exemplos de referências:

- artigo de periódico:

IRVIN GL III, PRUDHOME DL, DERISO GT et al. A new approach to parathyroidectomy. Ann Surg., 1994;219(5);574-581.

- livro:

MACHLEDER HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York; Futura Publishing Co., 19893

- capítulo de livro:

Berger HJ, Zaret BL, Cohen LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. Textbook of clinical cardiology. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de "et al".

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em seqüência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como "figuras". As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, somente em preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto. A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso.

Fluxograma de análise de um artigo:

